Nr. 16. 15. kwietnia 1928. Rok VII.

# POLSKA GAZETA LEKARSKA

## PRACE ORYGINALNE.

Dr. Paweł ADAMOWICZ. Kraków,

### O badaniu radjologicznem kamicy żółciowej *).

Z II-giej Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Jagiellońskiego.
Dyrektor: Prof. Dr. J. Latkowski.

Duże trudności rozpoznawcze tak w ambulatorjum klinicznem, jak i w praktyce prywatnej nastręczają chorzy, a zwłaszcza chore kobiety z dolegliwościami w zakresie przewodu pokarmowego (szczególnie nadbrzusza), dla których lekarz nie może wyszukać przyczyny w postaci zmian organicznych, dających się stwierdzić przedmiotowo, a w których zespół objawów nie jest cechującym dla określonej postaci chorobowej.

Nie znajdując wyraźnego podłoża organicznego uważa się zwykle cierpienie to za następstwo zaburzeń czynnościowych w układzie mimowolnym trzewiowym, albo też odnosi je do ogólnych zaburzeń w zakresie układu nerwowego. Oznacza się najczęściej te zaburzenia mianem dyspeptycznych, względnie niestrawności nerwowych, zwłaszcza jeśli stwierdza się zaburzenia motoryczne i wydzielnicze żołądka u ludzi z cechami zaburzenia równowagi układu mimowolnego (nerwice układu mimowolnego), bądź też konstytucjonalnie napiętnowanych, wykazujących zmniejszoną wartościowość ustroju (asthenia, psychasthenia, neuropathia, zaburzenia hormonalne) i t. p. Bezwątpienia w dużym odsetku przypadków pojmowanie skarg chorego jako czynnościowych zaburzeń układu nerwowego mimowolnego wyrażających się uczuciem bolu, zaburzeniami ruchowemi, lub wydzielniczemi ma swoje uzasadnienie, ale bodajże w większości przypadków wskutek takiego zapatrywania można przeoczyć, lub nie wykryć właściwą przyczynę schorzenia. Często też przyczyna tkwi znacznie głębiej. Należy sobie uprzytomnić, że nawet b. ciężkie nieraz schorzenia organiczne w zakresie narządów wewnętrznych, prowadzące do rozległych zmian i zniszczenia narządów (rak żoładka, owrzodzenia trawienne, zapalenie wyrostka, gruźlica kątnicy, kamica żółciowa etc.) wywołują w przypadkach atypowo przebiegających nieznaczne objawy w stosunku do rozległości zmian w danym narządzie.

Już dawno wypowiedziane zdanie Jaworskiego [1]), że rozpoznanie czy zboczenie czynności żołądka polega na tle nerwowym, czy też na organicznej zmianie w żołądku nie zawsze jest łatwe, a w niektórych powikłanych przypadkach wprost niemożliwe, — nic nie straciło na aktualności, pomimo tak znacznych postępów w zakresie rozpoznawania schorzeń poczynionych w ostatnim dziesiątku lat.

Bergman [2]) twierdzi, że objawy zaburzeń czynnościowych w żołądku, a także i pęcherzyka żółciowego są w większości przypadków wyrazem organicznego schorzenia tych narządów. Dominującym objawem schorzeń narządów nadbrzusza jest ból. Wiemy jednak jak często (w tak zwanych atypowych przypadkach) umiejscowienie sensacji bólowych daleko odbiega od ogniska schorzenia (promieniowanie bólowe), a jednak są one jednym z najważniejszych objawów podmiotowo-przedmiotowych schorzenia narządów, na podstawie których łącznie z innymi objawami buduje się rozpoznanie.

Wiemy z innej strony jak często niewiadomo od jakiego narządu zależy pewien punkt bolesny. Dla przykładu weźmy chociażby dwunastnicę — i pęcherzyk żółciowy, wrażliwość splotu słonecznego — a krzywizny małej żołądka etc. To też rozpoznanie oparte na tak kruchej podstawie bywa b. często mylne.

H. Curschman [3]), omawiając sprawę rozpoznawania nerwic narządów powiada, że schorzenia organiczne tych narządów mogą również prowadzić do tych samych odczynów układu mimowolnego, co i czyste nerwice (wymioty histeryczne — a wymioty z powodu raka żołądka lub wrzodu trawiennego; bóle nerwicowe serca — a bóle z powodu zwapnienia względnie zwężenia tętnic wieńcowych), a wobec tego dla rozpoznania schorzenia musi się wykorzystać wszystkie środki pomocnicze badania będące do naszej dyspozycji.

Mając na uwadze objawy miejscowych zaburzeń w układzie mimowolnym (odczyny trzewiowo-ruchowe, trzewiowo-czuciowe i trzewiowo-trzewiowe), nie należy zapominać i o całości t. j. konstytucji chorego, a nawet jego psyche (Bergman [4]). Szczególne trudności rozpoznawcze dla lekarza nastręczają schorzenia prawego podżebrza, zwł. schorzenia dróg żółciowych z pęcherzykiem żółciowym włącznie.

Nawet typowo przebiegające schorzenia pęcherzyka żółciowego, nie mówiąc o atypowych jego postaciach, zawsze nastręczają b. wiele trudności rozpoznawczych.

H. Kehr [5]), twierdzi, że w żadnej dziedzinie lecznictwa nie bywa popełnianych tyle błędów rozpoznawczych, jak w cierpieniach pęcherzyka żółciowego. Słusznie też podkreśla Kehr zdanie Pela że cierpienie to w jego atypowych postaciach jest kamieniem probierczym rozpoznania klinicznego oraz źródłem grubych pomyłek.

Wedle Weltmana [6]), zupełnie typowe napady kamicy może naśladować zapalenie prawego płuca i opłucnej przeponowej, neuralgja międzyżebrowa, miażdżyca tętnic wieńcowych, prawostronne zapalenie miedniczek nerkowych, kamica nerkowa, ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, wrzód trawienny żołądka lub dwunastnicy. Kamica trzustki, a nawet stany atoniczno-spastyczne (dyskinezja) pęcherzyka i przewodów żółciowych (Westphal, Bergman [7]), oraz stany kurczowe odźwiernika.

W okresie poza napadami kolki żółciowej chorzy nie odczuwają żadnych dolegliwości, albo też cierpią na zaburzenia żołądkowo-jelitowe typu dyspeptycznego.

Ci chorzy, których Kehr i Riedel nazywają chorymi kamicowymi — są to ludzie z wyraźnymi objawami klinicznymi cierpienia przy obecności typowych napadów kolki żółciowej, natomiast t. zw. nosiciele kamieni, nie mając wyraźnych dolegliwości, cierpią najczęściej na cały szereg przypadłości, które lekarz zwykle traktuje jako zaburzenia czynnościowe, nerwowe w zakresie przewodu pokarmowego. Jest więc rzeczą ogromnej wagi z zespołu niewyraźnych objawów umieć rozróżnić te, które wskazują na dyspepsję kamiczą, od innych, wskazujących na niestrawność pochodzenia nerwowego. Wedle Umbera [8]), nieda się rozpoznać kamicy ukrytej, gdyż zwykle przy niej brakuje objawów chorobowych, a w najlepszym wypadku takie rozpoznanie może być tylko przypuszczeniem.

Nie wierzy on w rozpoznanie radjologiczne, zwł. jeżeli chodzi o kamienie cholesterynowe i nie zgadza się z poglądem Chauffarda, że kamienie żółciowe radjologicznie dadzą się wykazać w 40—50% przypadków kamicy.

Bergman [9]), powiada, że rozpoznanie na podstawie typowego zespołu objawów jest szkolnym zadaniem, natomiast wyszukać drogowskaz w atypowym zespole objawów jest już sztuką, która zresztą leży w granicach możliwości praktycznego lekarza.

Znaną jest rzecza w klinice, iż kamica żółciowa może wywoływać cały szereg dolegliwości żołądkowych określanych mianem niestrawności ze spastycznymi kurczami odźwiernika (objawy trzewiowo-ruchowe), bólami (trzewiowo-czuciowe), wzmożoną wydzieliną soku żołądkowego, a w późniejszych okresach upośledzeniem czynności wydzielniczej żołądka, pozatem wzdęciami, zaparciem, nudnościami i t. p. (objawy trzewiowo-trzewiowe), (Bergman [10]).

Objawy niestrawności spowodowane kamicą żółciowa polegają wedle Meuniera [11]), na zaburzeniach gry odźwiernikowej.

---

*) Według odczytu na VII Zjeździe Internistów Polskich w Poznaniu, dnia 26 września 1927 r.

[1]) Jaworski W.: Choroby żołądka. Kraków 1899, str. 310.

[2]) G. v. Bergman: Zur differ. Diagnostik recht. Oberbauchbeschw. Med. Klin. Nr. 48, 1926.

[3]) H. Curschman: Zur Fr. d. Organneuros. Med. Klin Nr. 48, 1926, s. 1801.

[4]) G. Bergman: Med. Klin. Nr. 48, 1926, str. 1796.

[5]) H. Kehr: Kraus-Brugsch. Path. u. Therap. d. Inn. Krank. B. VI, T. 2, str. 59.

[6]) O. Weltman: Welche Krank. können Cholelithiasis vortäusch. Die Aerztliche Prax. Nr. 11, 1927.

[7]) K. Westphal: Muskelfuntion, Nervensyst. in Path. d. Gallen. Zschr. f. Klin. Med. 1923, Bd. 96, H. 1—3.

[8]) Umber: Erkrank. d. Verdaungsorg. v. Bergman u. Staechelin str. 184.

[9]) G. Bergman: Med. Klin. Nr. 48, 1926.

[10]) G. Bergman: Die Cholecystopathien. D. Med. Woch. Nr. 42—43, 1926, str. 1802.

[11]) L. Meunier: L'état dyspeptique, str. 77—79, 1923, Masson.

wskutek zmniejszenia zasadowości żółci wzgl. treści dwunastnicowej, niezdolnej do zobojętniania kwaśnej treści żołądkowej. O słuszności twierdzenia Meuniera niejednokrotnie mieliśmy możność przekonać się w naszych przypadkach u chorych z nadkwaśnością żołądkową, a tak samo u chorych z kamicą u których była badana treść dwunastnicowa i oznaczany stopień zasadowości w niej (Adamowicz[12]).

L. Meunier uważa za typową cechę niestrawności kamiczej aerophagję z rozdęciem żołądka, występującą bezpośrednio po spożyciu posiłków, a w mniejszym stopniu, niewyraźne, późne bóle w nadbrzuszu wskutek stanów kurczowych odźwiernika. Prócz tego do tych stanów zalicza uczucie pełności i ciężaru w nadbrzuszu, zwłaszcza po spożyciu potraw tłustych. Mauban również uważa aerophagję za ważny objaw kamicy. Loeper[13]) uważa za dominujący objaw dyspepsji kamiczej ból w nadbrzuszu naczczo obok innych objawów dyspeptycznych, a Binet przypisuje szczególną uwagę nudnościom występującym naczczo.

O odruchowem zadrażnieniu żołądka, prowadzącem często do poważnych zaburzeń żołądkowo-jelitowych przekonuje też często badanie promieniami Roentgena żołądka (Meisels[14]), Schlesinger[15]), które daje u tych chorych obraz motorycznych zaburzeń wyrażających się zaciągnięciami kurczowemi, hipertonją żołądka, wzmożonemi ruchami robaczkowymi, zaciągnięciami i przesznurowaniem dwunastnicy, opóźnionem opróżnianiem się żołądka etc., a więc objawy spotykane w chorobach żołądka. Pomimo roli jaką pełni pęcherzyk przy zobojętnianiu treści dwunastniczej należy pamiętać, że pęcherzyk pełni jeszcze ważniejsze funkcje we właściwym procesie trawienia i jego regulacji, a schorzenie jego pociągające za sobą zmniejszenie przypływu wysokowartościowej żółci do jelit niechybnie odbija się na górnych odcinkach przewodu pokarmowego i prowadzi do szeregu wspomnianych zaburzeń dyspeptycznych. Autorzy francuscy Chiray i Pavel[16]) opierając się na spostrzeżeniach klinicznych (np. u chorych pozbawionych pęcherzyku żółciowego wskutek zabiegu operacyjnego), a tak samo na podstawie doświadczeń na zwierzętach, wprowadzają nawet nowe pojęcie do patologji pęcherzyka żółciowego, określając powyższe stany niedomogi pęcherzyka mianem L'insuffisance cholecystique.

Największą trudność dla lekarza stanowi rozstrzygnięcie pytania, kiedy zaburzenia dyspeptyczne względnie niestrawności (wzdęcia, tępe niewyraźne bóle, uczucie gniecenia, odbijanie, nudności, nieregularne wypróżnienia np. nagle po obiedzie (diarrhés prandiales), nieznoszenie pokarmów tłustych etc. (należy uważać za wywołane cierpieniem (kamicą) pęcherzyka żółciowego a kiedy je należy uważać za skutek schorzenia żołądka. Rozgraniczenie tych dwóch stanów dyspeptycznych często jest prawie niemożliwe. Z tego powodu wczesne rozpoznanie kamicy, lub rozpoznanie kamicy o atypowym przebiegu, albo też u nosicieli kamieni z niewyczuwalnym pęcherzykiem i tylko z objawami dyspeptycznymi, a bez kolki żółciowej — bywa ogromnie utrudnione i najczęściej rozpoznanie takie jest bez namacalnych, pewnych dowodów. W związku z powyższym nie od rzeczy będzie przytoczyć częstość kamicy stwierdzonej na sekcjach w różnych krajach. Kamica żółciowa najczęściej występuje w wieku lat 33—55, a kobiety zapadają $2^1/_2$—$4^1/_2$ razy częściej niż mężczyźni. (Janowski[17]). Dalej zestawienie materjału klinicznego z anatomo-patologicznym ustaliło, że tylko 5% kamiczych skarży się na dolegliwości, u reszty t. j. 95% chorych schorzenie przebiega skrycie, lub z bardzo niewyraźnemi dolegliwościami i dopiero bywa wykrywane na stole sekcyjnym. Odsetek niewykrywanych złogów pęcherzykowych na materjale sekcyjnym w różnych krajach waha się w dość szerokich granicach i wynosi od 1,5 do 14,75% (Kehr) sekcjonowanych. Wedle statystyki Courvoisiera[18]) (Basel) na 16.025 sekcyj kamicę stwierdzono u każdego dwunastego mężczyzny i co czwartej kobiety dorosłej (w latach 1872—1910). Hesse na 17.402 sekcyj (Petersburg 1903—1912) stwierdził 378 razy kamienie czyli 2.17%, Paulsen w Kopenhadze (1870—1890) na 9.172 sekcyj wykazał kamicę w 347 przypadkach, czyli 3,8%. Schcel w Kopenhadze na 2.753 sekcyj stwierdził 406 razy kamicę, co wynosi 14.75%. Również dla Monachjum poszczególne statystyki podają wyniki bardzo rozbieżne: Minck (1883—1886) na 2.068 sekcyj 104 przyp. kamicy = 5,1%; Müller na 1.327 sekcyj stwierdził 1.185 razy kamicę, czyl aż 88.9%. We Włoszech[19]) stwierdzono 0.5 do 4%, w Rosji 0.8—3.3%, w Anglji u 1.2%, w Japonji 3%, w Norwegji u 4,6% w Danji 6.8%, we Lwowie (Hornowski) w 7,5%, w Niemczech w 7—12%, w Wiedniu w 12% materjału. W Warszawie, wedle statystyki Paszkiewicza, kamica wynosi 14,1% sekcjon. zwłok z których 5,3% u mężczyzn i 22,8% u kobiet.

Powyższe zestawienia statystyczne wskazują jeszcze na jedną stronę sprawy, mianowicie, świadczą niezbicie, iż kamica żółciowa, jako sprawa chorobowa, jest daleko częstszem zjawiskiem niż ją się rozpoznaje za życia.

Riedel[20]) przyjmuje, że w Niemczech jest 2 miljony nosicieli kamieni, ale tylko 10% = 200.000 cierpi na chorobę kamicy z napadami. Kehr oblicza odsetek nosicieli na znacznie większy t. j. na $3^1/_2$ miljona osób, a z tego tylko 350.000 właściwie chorych.

Wnioskując ze statystyk Paszkiewicza i Hornowskiego w Polsce będzie nie mniejszy odsetek nosicieli kamieni. Dotyczy to przeważnie miast, w których ludność spożywa więcej tłuszczów niż na wsi.

Lata powojenne przyniosły znaczny postęp w dziedzinie rozpoznawania schorzeń skrzyżowania wątrobowo-dwunastnicowego, wzgl. prawego podżebrza, a z tem i schorzeń pęcherzyka żółciowego. Okolica ta jeszcze do niedawna była dostępna badaniu tylko zapomocą oglądania i wyczuwania oraz ewentualnego otwarcia jamy brzusznej. Obecnie można pęcherzyk żółciowy, dzięki rozwojowi sposobów badania, zbadać przedmiotowo tak dokładnie, jak i żołądek. Zapomocą zgłębnikowania dwunastnicy mamy możność otrzymać bezpośrednio zawartość pęcherzyka tak zwaną żółć B, a metodą kontrastowania t. zw. cholecystografją otrzymać dokładny jego obraz radjograficzny. Wprawdzie dodać należy, iż niektórzy autorowie Bassler, Lucket, Lutz[21]), a między nimi wynalazca zgłębnika dwunastniczego Einhorn, uważają, że ciemna żółć B nie pochodzi z pęcherzyka żółciowego, a tylko z dróg żółciowych wskutek zwiększonej chwilowej produkcji po zadrażnieniu hypertonicznymi roztworami soli (siarkan magnezowy 33%, glukoza 60%, pepton, oliwa) lecz ostatnie badania Schöndube, Kalka i innych nad opróżnianiem się pęcherzyka żółciowego pod wpływem hypophysiny, wykazały że pochodzenie żółci B z pęcherzyka można uważać za udowodnione.

Pierwszą metodę zawdzięczamy amerykańskiemu badaczowi Einhornowi[22]), drugą metodę również amerykańskim badaczom Graham i Coole.

Od czterech lat posługujemy się na naszej klinice zgłębnikiem Einhorna i stosujemy zabieg Meltzer-Lyona (wlewanie 33% siarkanu magnezowego) w przypadkach podejrzanych na schorzenie pęcherzyka żółciowego. W ciągu tego czasu stosowania zgłębnika Einhorna przekonaliśmy się o nadzwyczajnej wartości klinicznej tego rodzaju badania, a tak samo o wartości leczniczej zabiegu Meltzer-Lyona w pewnych nadających się przypadkach. Od roku stosujemy też badanie pęcherzyka żółciowego zapomocą promieni Roentgena. Już podczas badania roentgenoskopowego żołądka i jelit udaje się w wielu przypadkach otrzymać ważne wskazówki, co do toczącej się sprawy chorobowej względnie procesu zapalnego w zakresie dróg żółciowych, na podstawie zmian zrostowych narządów sąsiadujących oraz wtórnych odruchowych objawów zadrażnienia w zakresie żołądka. Rozstrzygające jednak znaczenie ma tu bezpośrednie badanie pęcherzyka promieniami Roentgena.

Badanie pęcherzyka żółciowego promieniami Roentgena daje się uskutecznić obecnie dzięki wynalazkowi Graham i Coole nietylko zwykłem prześwietlaniem i zdjęciem na płycie fotograficznej, lecz i przez cieniowanie go zapomocą środka kontrastowego. Sposób ten polega na wprowadzeniu do krwiobiegu roztworu soli tetrabrom — lub tetrajodfenolftaleiny, wydalanej przez wątrobę razem z żółcią. Skutkiem absorbcji promieni X przez powyższe środki chemiczne na płycie fotograficznej daje się otrzymać cień pęcherzyka.

Badanie pęcherzyka żółciowego powyższymi sposobami wykonujemy na materjale klinicznym i ambulatoryjnym.

W ciągu ostatniego roku badano w ten sposób więcej niż 60 chorych. Zwykle u każdego chorego, badanego z powodu zmian w przewodzie pokarmowym, zwracam baczną uwagę na podej-

---

[12]) Adamowicz: O wpływie pewn. bodźców chem. na czynność wydzieln. trzustki. Polska Gaz. Lek. Nr. 5—6, 1926.

[13]) Loeper: cyt. wedł. Chiray et Pavel str. 280.

[14]) Meisels: o rozpoznawaniu owrzodzeń dwunastnicy. Polskie Arch. Med. Wewn. T. I, zesz. 4.

[15]) Schlesinger-Rachwalski: Röntgendiagnostik des Magens u. Darmkrankheiten, str. 320, 1927. Urban-Schwarzenberg.

[16]) Chiray et Pavel: La vésicule biliaire. str. 223. Masson 1927.

[17]) Janowski: Polsk. Arch. Med. Wewn. T. II., zesz. IV.

[18]) Courvoisier: cyt. wedle H. Kehra, Pathologie u. Therapie d. Inner. Krank. Fr. Kraus i Th. Brugsch, B. VI, 2 T., str. 23.

[19]) Dolna połowa statystyki wedle Janowskiego, Polsk. Arch. Med. W. T. II., 24, 1925, str. 139.

[20]) Riedel: Kraus-Brugsch, B. VI, 2 — T. str. 23.

[21]) Bassler, Luckett i Lutz: cyt. wedł. Held-Gray, Ergebnisse d. Ges. Mediz. 1927, T. Brugsch str. 296.

[22]) Einhorn: Die Duodenalsonde 1924.

rzane cienie, w prawym podżebrzu i przy obecności ich, lub bolesności okolicy pęcherzyka wykonuję zdjęcie tego miejsca zapomocą promieni X. Jeżeli zachodzi potrzeba, dalsze badanie chorego polega na zastosowaniu tetrajodfenolftaleiny, najczęściej śródżylnie, celem skontrastowania pęcherzyka. Wreszcie do ostatniego dołączamy badanie wypełnionego zawiesiną barową żołądka, by przy widocznym pęcherzyku ustalić wzajemne stosunki tych narządów i ewentualnie przekonać się o ich wzajemnej przesuwalności i ewentualnie o obecności zrostów między nimi.

Zdrowy pęcherzyk żółciowy nie daje cienia na płycie fotograficznej, inaczej ma się sprawa z pęcherzykiem patologicznie zgrubiałym, zmienionym lub wypełnionym kamienami. Poglądy na sprawę otrzymywania zdjęcia pęcherzyka żółciowego ulegały zmianom w miarę jak robiła postępy technika radjologiczna. W początkach ery roentgenologicznej twierdzono, że pęcherzyk patologiczny i kamienie żółciowe nie dają zupełnie cienia, gdyż są przeźroczyste dla promeni X. Przypadkowo jednak otrzymywano zdjęcia kamieni żółciowych, co było uważane za wielką rzadkość. Alb. Schönberg, Fraenkel, Berg[23]). Pierwsze zdjęcia radjologiczne kamienia żółciowego w roku 1899 przedstawił Karol Beck w Medicale association w Nev York; we Francji w roku 1914 pierwsi A. Béclere, de Desternes i Lomon demonstrowali zdjęcia kamieni żółciowych w towarzystwie radjologicznym[24]).

H. Kehr, jeszcze niedawno był zdania, że badanie radjologiczne tylko wyjątkowo może dać pozytywny wynik. Tegoż zdania był Assman jeszcze w roku 1922[25]).

Altschul[26]) w r. 1925 na zjeździe roentgenologów twierdził, że wykazanie złogów w pęcherzyku może się udać tylko wyjątkowo przy najstaranniejszej technice.

Natomiast badacze amerykańscy w okresie wielkiej wojny porobili ciekawe spostrzeżenia w tej dziedzinie, a systematyczne badania dały zachęcające wyniki. Pfaler, Levis, George, Cole[27]) podają znaczny odsetek przypadków kamicy stwierdzonych tym sposobem.

Schütze na swoim materjale miał dodatnie wyniki w 50% przypadków, Béclère[28]) i Lignac w 80% przypadków. Case[29]) w 32½% materjału operowanego.

Romang[30]) stwierdzał radjologicznie kamienie mieszane o ściętych krawędziach w 50% materjału i w 60% — kamienie walcowate, pojedyńcze, wapniowo-bilirubinowe. Wedle Laroche i Ronneaux[31]) tylko te kamienie da się wykazać radjograficznie sposobem zwykłym, które zawierają 31% do 64% wapnia.

Z konieczności pokrótce omówię podział kamieni wedle ich składu i wyglądu. Sprawa powstawania kamieni żółciowych we wszystkich szczegółach nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniona. Istnieje kilka teoryj powstawania kamieni, a więc Chauffarda, Naunyna, Aschoff-Bacmeistra, Boysena, Rovsinga, Lichtwitza, Schadego, Chiray-Léclerca, Berga.

Ze względu na temat nie mogę się zatrzymywać na szczegółach zapatrywań tych autorów. Naunyn i jego zwolennicy uważali za wyłączną przyczynę powstawania kamieni czynnik zakaźny. Późniejsze badania, zwłaszcza Chauffarda, Guy-Laroche, Grigaut dowiodły, że i na drodze zaburzeń w przemianie materji, a zwłaszcza na skutek zastoiny i zahamowania odpływu żółci mogą się tworzyć złogi jałowe przez wykrystalizowywanie się cholesteryny oraz związków wapniowych. Ostatnią teorję rozwinęli i ugruntowali Aschoff-Bacmeister[32]). Rovsing[33]) jednak występuje z przekonywującymi dowodami przeciw teorji powstawania kamieni wyłącznie w drodze zastoiny żółci. Schade oraz Lichtwitz[33]) za przyczynę powstawania kamieni uważają zaburzenia w koloidowym składzie żółci. Rovsing[35]) i Boysen[34]) uważają tworzenie się strątów barwikowych żółci w drogach żółciowych za początek powstawania wszelkich postaci kamieni. Pogląd zresztą usilnie zwalczany przez Lütkensa[7]).

Pomimo rozbieżności tych teoryj, zdaje się nie ulegać wątpliwości, iż kamienie mogą powstawać tak w jałowej żółci, jak i w pęcherzyku zakażonym i z tem prawie wszyscy autorzy się zgadzają. Aschoff[38]) opierając się na wynikach współczesnego stanu wiedzy o powstawaniu kamieni dochodzi do następujących wniosków:

1) Za najważniejsze czynniki w powstawaniu kamieni żółciowych należy uważać zastoinę, zakażenie i zaburzenia przemiany materji;

2) Zastój względnie zahamowanie odpływu żółci nie jest bezpośrednią przyczyną tworzenia się złogów, ale pośrednio sprzyja temu

*a)* w zaburzeniach przemiany materji, wykrystalizowanie się z przesyconych rozczynów produktów przemiany np. cholesteryny,

*b)* zahamowany odpływ sprzyja zakażeniu w następstwie tworzenia się cholesterynowo-barwikowych uwapnionych kamieni;

3) Czasowe zahamowanie odpływu polega na zaburzeniach czynnościowych zwieraczy wspólnego przewodu żółciowego *(sphincter Oddi)* i zwieracza przewodu pęcherzykowego *(sphincer Lütkensa)*.

4) Należy rozróżniać pęcherzyk zastoinowo-hypertoniczny naskutek zaburzeń gry zwieraczy i zastoinowo-hypotoniczny, gdzie przyczyna tkwi w samym pęcherzu.

5) Pierwotne powstawanie złogów w zupełnie zdrowych drogach żółciowych jest rzadkością. Tylko przy dłużej trwającej zastoinie powstają złogi barwikowe. Z małymi tylko wyjątkami wszystkie gdziekolwiek indziej wykrywane kamienie żółciowe pochodzą z pęcherzyka.

6) Zaburzenia przemiany z trudem daje się usunąć; zakażeniu pęcherzyka też nie da się zapobiedz, wobec czego należy się starać tak zapobiegawczo jak i leczniczo zadziałać na zaburzenia czynnościowe pęcherzyka.

Jałowe kamienie składają się wyłącznie z cholesteryny. Kamienie takie na stole sekcyjnym należą do względnych rzadkości. Najczęstsza postać kamieni, stwierdzanych sekcyjnie są złogi mieszane, złożone z cholesteryny, barwików i nieograniczonych związków wapnia. Powstają one wskutek zakażenia dróg żółciowych, lub zakażenia pęcherzyka, w którym znajdują się już złogi jałowe cholesterynowe. Dla ostatniego typu kamieni Aschoff dał nazwę złożonych (kombinowanych). Zrozumiałym jest dążenie do wykazania i zrozumienia przyczyny powstania kamicy u danego osobnika już *in vivo*, co się staje możliwem na zdjęciu radjologicznem. Radjograficznie kamienie jałowe cholesterynowe nie udaje się wykryć na zdjęciu zwykłem, natomiast złogi mieszane, powstałe na tle zakaźnem dadzą się wykazać dzięki zawartości w nich nieograniczonych związków wapnia, fosforanu lub węglanu wapnia. Im więcej kamienie zawierają wapnia, tem łatwiej je wykazywać na zdjęciu.

Dla celów radjologicznych uważam za najodpowiedniejszy podział kamieni podanych przez Romanga oparty na podziale Aschoffa[39]).

I. Tak zwane czyste kamienie cholesterynowe powstałe na tle istnienia skazy (dyskrazji), które zawierają około 95% cholesteryny oraz nieco wapnia — bilirubiny. Występują pojedyncze w pęcherzyku żółciowym i są jałowe, a tworzą się na tle zaburzeń metabolizmu. Radjograficznie nie dają cienia.

II. Tak zwane wapniowo-bilirubinowe kamienie (erdige statische Pigmentsteine wedle Aschoffa) zawierają 30—40% cholesteryny. Występują pojedynczo lub w większej ilości. Powstają w pęcherzyku żółciowym. Radjograficznie nie można ich wykazać metodą zwykłą.

---

[23]) Alb. Schönberg, Fraenkel, Berg: cyt. wedł. Hoenisch-Riedel Rosenthal, T. I. str. 590. 1924.

[24]) A. Béclere: de Destevnes et de Lomon. La vésicule biliaire — Chiray er Pavel — 1927., str. 123. Masson.

[25]) Assman: Die Klinische Roentgendiagnostik 1924, str. 625.

[26]) Altschul: Fortschr. a. d. G. d. Röntgenstrahl. 33/V.

[27]) Pfaler, Levis, George: wedł. Romang'a str. 1200.

[28]) Béclere i Lignac: Thése de Paris, Diagnostic de la cholelithiase.

[29]) Case: Cyt. wedł. Lomon'a.

[30]) Romang: Fortschr. d. Röntg. T. XXXV. Zesz. 6. 1927., str. 1210.

[31]) Laroche: Journ. méd. franc. 1923, 12. Nr. 5., str. 211.

[32]) Aschoff: Ueber die Entstehung d. Gallensteine; Klin. Wochen. Jg. I. Nr. 27.

[33]) Lichtwitz: Die Bildung d. Harn- u. Gallensteine; Springer 1914.

[34]) Boysen: Ueber die Struktur u. Pathogenese d. Gallensteine; Berlin, Karger 1909.

[35]) Rovsing: Ergebn. d. ges. med., Bd. 6, 1924, Brugsch.

[36]) Rovsing: Acta chirurg. Scand, 1923. 56, str. 103 i 217.

[37]) Lütkens: Aufbau u. Funktion d. extrahepat. Gallenwege; Vogel 1927.

[38]) L. Aschoff: Von d. Bedingungen d. Gallensteinbildungen; D. Med. Woch. Nr. 42/43, 1926, str. 1801.

[39]) Romang: Fortschrift a. d. Geb. d. Ront. B. XXXV. H. 6. 1927, str. 1201.

III. Kamienie mieszane, złożone z cholesteryny, połączenia wapnia z bilirubiną i wapnia nieorganicznego. Tworzą się w związku z zakażeniem dróg żółciowych powstają w pęcherzyku. Składają się z jądra i otoczki i to najczęściej z kilku warstw; ilość ich może dochodzić do tysiąca. Na radjogramie występują najczęściej w postaci pierścieni lub ślimacznic, rzadziej jednostajnie wysyconych cieni; ułożone najczęściej groniasto.



Rys. 1.

W tym typie można odróżnić:

*a)* kamienie z ostrymi krawędziami, cholesterynowo - wapniowe, zawierające barwiki występujące w znacznej ilości;

*b)* walcowate lub beczułkowate duże występujące pojedynczo lub w niewielkiej ilości. W miejscach zetknięcia ze sobą tworzą powierzchnię wygładzoną, a w zetknięciu ze śluzówką powierzchnię wypukłą, drobnoziarnistą. Na radjogramach cienie pierścieniowate lub muszelkowate duże (rys. 2).



Rys. 2.

IV. Kamienie złożone (Aschoff, Bacmeister, kombinowane) składają się z jądra powstałego jałowo, a więc cholesterynowego lub barwikowego i z otoczki wapniowo - bilirubinowej, powstałej wskutek przyłączenia się stanu zapalnego ścianki pęcherzyka. Na radjogramie widać regularne pierścienie pojedyncze lub uwarstwione. Powstają w pęcherzyku żółciowym (rys. 3).

Wprawdzie na radjogramach kamieni żółciowych nie udaje się otrzymać zawsze ściśle rysunku kamienia, ale sądząc z wielkości, kształtu, ułożenia pierścienia i ich ilości łatwo zaliczyć dany cień do tej, lub innej grupy.

Przepuszczalność tkanek ludzkich dla promieni Roentgena w praktyce równa się warstwie wody takiej samej grubości. Natomiast węglan wapnia sześciokrotnie silniej pochłania promienie niż woda w tejże samej masie i piętnaście razy silniej przy tej samej grubości warstwowej (Romang[30]).

Kamienie cholesterynowe pochłaniając promienie X tylko o połowę silniej, niż tejże samej grubości warstwa wody. Równie słabą zdolność absorbcyjną posiadają kamienie wapniowo-bilrubnowe



Rys. 3.

z czego wynika, że na zdjęciach metodą zwykłą nie dadzą się wykazać. W tych przypadkach należy oczekiwać pomyślnego wyniku po zastosowaniu metody Grahama.

Badanie pęcherzyka rozpoczynam przedewszystkiem zwykłem badaniem prześwietleniem w pozycji stojącej. Badaniem takim zapomocą ekranu fluoryzującego w każdym przypadku daje się ustalić dolny brzeg wątroby, który dość wyraźnie odcina się na tle bańki gazowej, znajdującej się zwykle w zagięciu wątrobowym okrężnicy. W przypadkach zgrubienia ścian pęcherzyka żółciowego i jego powiększenia udaje się stwierdzić zupełnie wyraźnie dolny biegun, z czem niejednokrotnie spotykałem się u badanych chorych. W przypadkach zaś, gdy pęcherzyk zawiera złogi żółciowe, przy bacznej obserwacji prawego podżebrza, ze zwężoną przesłoną, a jeszcze lepiej przy ucisku łyżką Holzknechta okolicy pęcherzyka, stosując bardzo miękkie promienie, często można wykryć cień pierścieniowaty lub plamkę w świetle łyżki o niewyraźnych obrysach, a jednak odcinających się od otoczenia. Cień taki jest zazwyczaj kamykiem. Rozumie się że przy takiem badaniu jelita należy dokładnie opróżnić.



Rys. 4.

Cień kamyka pęcherzykowego, czy też wątrobowego, jest wyraźnie i wybitnie przesuwalny pod łyżką podczas oddechów. Jest to bardzo ważny objaw dla odróżnienia podejrzanego cienia od cienia kamieni nerkowych, które również dadzą się niekiedy wykryć na ekranie. W dwu naszych przypadkach, u chorych z cierpieniem jamy brzusznej, na podstawie tylko tego objawu, udało się ustalić prawdziwe rozpoznanie różniczkowe między kamicą żół-

[30]) Romang: Idem 1927., str. 1203.

ciową a nerkową. W jednym przypadku chodziło o chorą z zaburzeniami dyspeptycznymi o klinicznym przebiegu, który przemawiał za schorzeniem żołądka. Podczas badania żołądka stwierdziłem cień dość dużych rozmiarów wielkości złotego w prawym podżebrzu, nieprzesuwalny przy oddechu, wobec czego rozpoznałem w tym przypadku kamicę nerkową (ryc. 5). Dalsze badanie radjograficzne w pozycji przednio-tylnej, tylno-przedniej a następnie cystoskopja ustaliło, że istotnie mieliśmy do czynienia



Rys. 5.

z kamicą nerkową. W innym znowu przypadku, dotyczącym chorej przychodnej, z cierpieniem przebiegającem pod postacią kamicy nerkowej widać było na ekranie fluoryzującym cień w prawym podżebrzu wielkości dużego grochu, dobrze ruchomy przy oddechaniu tuż pod łyżką, co przemawiało za kamicą żółciową. Radjogram nerki kamieni nie wykazywał, a tylko kamyki pęcherzyka.

Przesuwalność cienia kamienia żółciowego na ekranie fluoryzującym, zależna od przesuwalności oddechowej dolnego brzegu wątroby, wynosi około 2—5 cm. Co się tyczy różnej przesuwalności projekcji cienia nerkowego i pęcherzykowego podczas prześwietlań w pozycji bocznej i ukośnej, to takie badanie nie daje najczęściej wyniku ze względu na pogorszenie się warunków przejrzystości obrazu. W pozycji bocznej i ukośnej jedynie zdjęcie może dać wynik dodatni.

Cień nerki i kamyka jest na zdjęciu w pozycji brzuszno-grzbietowej wyraźniejszy i mniejszy niż w pozycji grzbietowo-brzusznej, a odwrotnie rzecz się przedstawia przy kamieniach żółciowych. Rozstrzygającym też tu może być zdjęcie w pozycji bocznej przy której cień kamienia nerkowego będzie się pokrywał z cieniem kręgosłupa. Wreszcie można zastosować cieniowanie pęcherzyka, które powinno mieć w różnicowaniu kamieni nerkowych i żółciowych rozstrzygające znaczenie. Z innych tworów w prawem podżebrzu, mogących dawać cienie patologiczne na zdjęciu i prowadzących do błędów djagnostycznych niekiedy bywają zwapnienia chrząstek żebrowych, zresztą łatwo dające się rozpoznać (H a n i s c h[40]). Podobne cienie patologiczne mogą powstawać również wskutek zwapnień gruczołów limfatycznych kreskowych (zwapnienia te miewają brzegi postrzępione). Należy też pamiętać o spotykanych czasami kamieniach kałowych i trzustkowych.

Prawie we wszystkich naszych przypadkach kamicy, wykazanej zwykłym sposobem na zdjęciach, stwierdzałem je również bardzo często wstępnym badaniem na ekranie fluoryzującym sposobem powyższym.

Badanie prześwietlaniem w pozycji stojącej ma tę zaletę, że pozwala na jaknajwygodniejsze ustawienie chorego, by brzeg dolny wątroby wyraźnie odcinał się, oraz by możliwie w ognisku promienia centralnego ustawić podejrzane miejsce, zwłaszcza by uniknąć nakrywania się cienia pęcherzyka z kręgosłupem lub talerzem biodrowym. Pozycja leżąca chorego więcej zaciera granice narządów w prawym podżebrzu.

W pozycji stojącej ucisk kasetą można wywrzeć silniej, co jeszcze więcej wpływa na wyrazistość obrazu. Rozumie się, że dla celów prześwietlania należy rozporządzać dobrym ekranem fluoryzującym. Chorego bada się w pozycji stojącej grzbietowo-brzusznej. Niemniejsze znaczenie ma również wstępne prześwietlanie pęcherzyka wycieniowanego sposobem G r a h a m - C o l e, celem zorjentowania się, co do jego przesuwalności w stosunku do wątroby, a zwłaszcza narządów sąsiadujących t. j. dwunastnicy i okrężnicy. W ostatnim przypadku ma rozstrzygające znaczenie badanie kombinowane po wypełnieniu przewodu pokarmowego zawiesiną barową, o czem będzie mowa niżej.

Po ustawieniu chorego wykonuje się zdjęcie podejrzanego miejsca w prawym podżebrzu na błonach o wymiarze 18 × 24 z podwójną folją. Twardość promieni nie przekracza 40—50 KV przy sile światła 30—50 MA; czas naświetlania nie wyżej 1 sekundy, im bowiem krótszy czas naświetlania, tem zdjęcia tego rodzaju wypadają wyraźniej i więcej kontrastowo. Kaseta z filmem i podwójną folją dobrego gatunku powinna być możliwie jak najsilniej przyciśnięta do chorego, gdyż każdy cm odległości od ogniska lampy ma duże znaczenie dla wyrazistości obrazu.

Choremu każemy wykonać wdech i wydech, pomocnik dobrze uciska kasetą brzuch chorego. Następuje zdjęcie.

Większość autorów zgadza się z tem, że zdjęcia pęcherzyka żółciowego powinno się wykonywać bez przesłony B u c k y e g o. Zdjęcia z przesłoną dają obrazy mniej zamazane, kontrastowe ale szczegóły bywają zatarte, przytem użycie przesłony znacznie oddala objekt oraz wybitnie przedłuża czas naświetlania, co pogarsza warunki dobrego zdjęcia. (L o m o n, E i s l e r[41]), W. N y i r i i H a e n i s c h[42]).

Niektórzy jednak jak A. F r a i k i n i J. B u r i l l[43]) używają przy zdjeciach przesłony B u c k y e g o i jak twierdzą z lepszym skutkiem, niż bez przesłony. Dobre zdjęcie musi być wykonane tak, by zawierało całe prawe podżebrze z brzegiem wątroby 11 i 12 żebrem do kręgosłupa.

Na takiem zdjęciu dolny brzeg wątroby wyraźnie odcina się od otoczenia i na przestrzeni do kręgosłupa przecinają go obrysy rezlanej nerki oraz 11—12 żebro z kręgami. Na dobrze wykonanem zdjęciu obecność kamyków, lub pęcherzyka patologicznie zgrubiałego i powiększonego łatwo się wykrywa.

Odczytywanie roentgenogramu prawego podżebrza może nastręczać pewne trudności, co jednak przy znajomości topografji w roentgenogramie podżebrza i przy pewnej wprawie udaje się bez trudu. Należy też dokładnie każdy szczegół zdjęcia przestudjować na negatoskopie w różnych odległościach i przechyleniach płyty. W razie obecności podejrzanego cienia należy powtórzyć zdjęcie nawet kilka razy przy zmiennem ustawieniu chorego np. w pozycji strzałkowej, lub w pozycji drugiej ukośnej. Niektórzy autorzy radzą też zastosować wydymanie jelit gazami. Przy wydętych jelitach otrzymywałem mniej wyraźne obrazy i korzyści wydymania nie stwierdziłem.

Materjał nasz składa się z 60 przypadków zbadanych bezpośrednio i przez kontrastowanie pęcherzyka. Byli to chorzy kliniczni i przychodni, przysyłani do badania bądź z powodu cierpienia pęcherzyka żółciowego, bądź też z powodu dolegliwości żołądkowo-jelitowych. Do liczby powyższej zaliczam przypadki ze zdrowym pęcherzykiem żółciowym, użyte do cholecystografji w celach doświadczalnych. Przypadki, w których wstępnym badaniem nie wykrywałem na zdjęciach złogów, omówię w dziale cholecystografji.

Zapomocą zwykłej radjoskopji i radjografji prawego podżebrza bez cieniowania pęcherzyka kamicę wykrywałem w 16 przypadkach t. j. w 40% naszego materjału poddanego badaniu. Wśród badanych były też osoby otyłe, u których są bardzo trudne warunki badania radjologicznego.

Wedle rodzaju stwierdzałem najwięcej kamieni dużych pojedynczych, kombinowanych i mieszanych, a w mniejszej ilości mieszanych, drobnych, rozłożonych groniasto. Z tego operowanych było 3 chorych, zabieg potwierdził rozpoznanie. Mała ilość operowanych tem tłumaczy się, że w większości naszych przypadków, w których wykryliśmy kamicę, chorzy mieli nieznaczne dolegliwości i brak było wskazania do zabiegu oraz zgody chorych, jak w takich przypadkach zwykle bywa. Z pośród tych przypadków, pomijając wspomniane wyżej, zasługują na szczególną uwagę następujące, rozpoznania które w krótkości przytaczam.

I. Chora K. R. lat 48. L. ks. R. 986, 1. VI. 1927 osoba otyła. Skierowana była do badania rentgenologicznego z powodu napadów kamicy nerkowej, prawostronnej. Badanie radjoskopowe prawego podżebrza wykazywało obecność cienia wielkości dużego grochu,

[40]) H a e n i s c h: Fortschr. a. d. G. d. Röntg. B. XXXV, H. 2, str. 181.

[41]) F. E i s l e r i W. N y i r i: Fortschr. a. d. Geb., B. XXXV, H. 2., str. 251.

[42]) F. H a e n i s c h: Fortschr. B. XXXV, H. 2, str. 185.

[43]) A. F r a i k i n et B u r i l l: La presse Méd. Nr. 52. 1927. Zollschau. Fortschr. XXXV. H. 1. 1927., str. 96.

bardzo dobrze przesuwalnego oddechowo tuż pod łyżką Holzknechta. Zdjęcia wykonane w pozycji dorso-ventralnej i ventrodorsalnej wskazywało na obecność kamyka w podżebrzu wielkości orzecha, jednak mniejszego i o wyraźniejszym ostrociętym cieniu w pozycji dorso-ventralnej, co przemawiało za kamicą żółciową.

II. (Chory Lem. ., 29, L. ks. 1494 a z 26. VIII 1927). Chory przychodni skierowany do badania z powodu napadów kamicy nerkowej prawostronnej. Roentgenogramy prawego podżebrza wykazały tylko kamicę żółciową.

IV. (Chory Sp. lat 54, L. ks. R. 611 a z 11. IV. 1927). (Rys. 3). Skierowany do badania z powodu zwężenia odźwiernika. Badanie radjoskopijne, a następnie radjograficzne stwierdziło w prawem podżebrzu kamień pojedyńczy, wielkości orzecha, regularnie uwarstwowiony (kombinowany?) oraz upośledzenie wydalania żołądkowego wraz z zniekształceniem opuszki dwunastnicy, ale bez cech złośliwego zwyrodnienia Na tydzień przed przybyciem do badania przechodził krwotok wewnętrzny. W 24 godziny po badaniu radjoskopijnym również nastąpiło obfite krwawienie dojelitowe. Wobec tego, że brak tu było klinicznych objawów owrzodzenia dwunastnicy, lub nowotworu odźwiernika należy przypuszczać, że krwotok w tym wypadku został wywołany odleżyną spowodowaną kamykiem dużych rozmiarów. Przypadki tego rodzaju są opisywane przez H. Kehra, który na 1838 przypadków kamicy żółciowej miał 100 przypadków krwawiących. Polewski[44]) twierdzi, że krwawienia dwunastnicze wskutek kamicy wynoszą 10% krwawień dwunastnicowych.

V. Chory K. L., lat 34. L. 235 k. Na szczególna uwagę zasługuje przypadek kamicy wątrobowej, stwierdzony radjoskopijnie podczas badania żołądka i potwierdzony następnie radjogramami zwykłemi i po cholecystografji, jako też przebiegiem choroby, (rys. 6).



Rys. 6.

Nadmieniam, że przypadki kamicy w obrębie miąższu wątrobowego, względnie w drobnych kanalikach żółciowych nawet na sekcyjnym materjale należą do wielkich rzadkości. Kehr[45]) twierdzi, że na 1000 przypadków kamicy pęcherzykowej spotyka się 1 przypadek kamicy wątrobowej w tem znaczeniu, że złogi rozmieszczone są w drobnych kanalikach żółciowych wśród miąższu wątrobowego. Hesse[46]) na 378 przypadków kamicy stwierdził tylko w jednym przypadku kamicę wątrobową, prócz tego Judd i Burden[49]) 1 przypadek. Kamienie w większych przewodach żółciowych, poza miąższem nie należą do rzadkich zjawisk.

Z materjału sekcyjnego w bieżącym roku podobny przypadek opisał W. Kausch[47]). Dotychczas w dostępnej mi literaturze znalazłem opisany dopiero jeden przypadek kamicy wątrobowej wykazanej radjologicznie przez Cioni[48]). Nasz przypadek jest więc bardzo rzadki i tylko przy badaniu radjoskopijnym żołądka zwrócił na siebie uwagę podejrzany cień wielkości grochu w prawej linji pachowej, w obrębie cienia wątroby, bardzo wybitnie ruchomy oddechowo. Roentgenogram wykonany bezpośrednio wykazał przytem 3—4 cienie wielkości grochu i mniejszych rozmiarów w obrębie cienia wątroby, dość odległe od pęcherzyka żółciowego. W obrębie pęcherzyka żółciowego również widoczny mały cień, odpowiadający kamykowi. Nie ulegało więc wątpliwości, że pozostałe cienie leżały poza pęcherzykiem żółciowym i dużemi przewodami, a więc w głębi miąższu wątrobowego.

Leczenie przemywaniami dwunastnicy rozczynem siarczanu magnezowego sposobem Chiray-Lebon dało w naszym przypadku nadspodziewanie pomyślny wynik leczniczy.

Przypadków w których badanie wskazywało na schorzenie pęcherzyka żółciowego było 41 w naszym materjale. Do tych należą też chorzy z nieżytem pęcherzyka żółciowego również bez kamieni. Na ogólną ilość tych chorych kamicę wykazałem radjografją zwykłą w 16 przypadkach z pośród nich, co wynosi 40% naszego materjału. Jestto dość wysoki odsetek świadczący o wartości rozpoznawczej tego sposobu badania. Dodać należy, że w wielu przypadkach o klinicznym przebiegu niejasnym i wątpliwym, wyrażającym się zaburzeniami dyspeptycznemi, wykrycie złogów pęcherzykowych skierowało rozpoznanie na właściwe tory.

Sposób badania radjologicznego kamicy żółciowej, zwłaszcza metodą zwykłej radjografji, należy stosować we wszystkich przypadkach, podejrzanych na to schorzenie, celem uniknięcia błędów rozpoznawczych. Przypadki, w których badanie to nie daje dodatniego wyniku, należy poddać cieniowaniu pęcherzyka tetrajodem. Jednak, jak doświadczenie uczy, dla wykrycia kamyków żółciowych sposób zwykłej radjografji ma tę wyższość nad sposobem cholecystografji, że kamyk przy dostatecznej zawartości w nim wapnia, prędzej da się uwidocznić na płycie fotograficznej, będąc nagim, niż gdy jest przykryty warstwą rozczynu kontrastowego t. j. nieprzejrzystego. Wykazanie zaś kamieni za życia, ich ilość, kształt i położenie ma ważne praktyczne znaczenie dla ewentualnego zabegu chirurgicznego.

Wnioski:

1) U chorych z objawami dyspeptycznymi należy przeprowadzać badanie kliniczne włączając też doń cholecystografję,

2) radjoskopja prawego podżebrza ma doniosłe znaczenie orjentacyjne, powinna ona poprzedzać radjografję,

3) kamicę żółciową najpewniej można wykazać zapomocą radjografji zwykłej z wyjątkiem kamieni cholesterynowych i wapniowo-bilirubinowych,

4) metodą zwykłej radjografji wykazaliśmy w 40% badanych chorych kamicę żółciową,

5) w przypadkach z wynikiem ujemnym lub wątpliwym należy zastosować cholecystografję po śródżylnym zastosowaniu tetrajodphenolphtaleiny.

W końcu uważam za swój miły obowiązek złożyć podziękowanie Panu Profesorowi Latkowskiemu za cenne wskazówki i poparcie w pracy.

[44]) Palewski: (cyt. wedł. Chiray A. Povel — La Vésicule Biliaire). Medic. Journ. an record., 15 avril 1925 et nov. — p. 590.

[45]) Kehr: Kraus-Brugsch T. VI., część II., str. 25.

[46]) Hesse: Idem.

[47]) W. Kausch: Med. Kl. Nr. 23, 1927. (Unheilbare Gallenst).

[48]) Cioni: Le Radiol. Méd. Nr. 1. XIX., f. 2. fevr. 1926., p. 140.

[49]) Judd i Burden: Cyt. wedł. Iteld Gray, Ergebnisse d. ges. Med. 1927. T. Brugsch, str. 314.

---

Dr. Stanisław LIEBHART, st. asystent kliniki. Lwów.

## Hormonoterapja w ginekologji *).

Z Kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. K. Bocheński.

Nauka o wewnętrznem wydzielaniu, tak dawna prawie, jak wiedza lekarska — gdyż początkami swemi sięgająca jeszcze starożytnych czasów — opanowała w ostatnich latach wszystkie gałęzie medycyny. Nie dziw więc, że także w ginekologji zmieniła ona wiele zasadniczych sądów i zapatrywań, wyjaśniła wiele zagadnień niejasnych, a wreszcie spowodowała powstanie nowego wielkiego działu leczenia, czyli t. zw. organoterapję. Podkreślić również należy, że najważniejsze zdobycze inkretologji lat ostatnich dotyczą właśnie hormonu jajnikowego i przedniej części przysadki mózgowej.

Z wielu przeobrażeń, jakich doznała ginekologja pod wpływem nauki o wewnętrznem wydzielaniu, najważniejszem chyba jest zmiana zapatrywania jeszcze starożytnych, którzy twierdzili, że *„mulier propter uterum est, quod est“* na korzyść zdania *„mulier*

*) Odczyt wygłoszony na II Zjeździe lekarzy zdrojowych w Krynicy we wrześniu 1927 roku.

*propter ovarium est, quod est*" (F r ä n k e l). Albowiem wiadome się stało ponad wszelką wątpliwość, że właśnie jajnik w swojej powikłanej czynności wewnątrz-wydzielniczej spełnia kierowniczą funkcję w odniesieniu do wszystkich niemal objawów w narządach rodnych kobiety. Ponadto również zrozumiano, że jajnik jest tylko jednym z członków z ogólnego zespołu gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, pozostających w ścisłej od siebie zależności i harmonji i że każde najmniejsze zaburzenie tej idealnej korelacji powoduje pewne zaburzenia chorobowe. Chcąc więc rozpatrywać jakiekolwiek zaburzenie w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu, należy zawsze brać pod uwagę cały system wewnątrz-wydzielniczy, a nie czynić odpowiedzialnym jeden gruczoł za dane cierpienie. (B a u e r).

Wszystkie gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu można podzielić na pozostające w bezpośrednim lub pośrednim związku i zależności od siebie, z tych zaś na takie, które wzajemnie się wspierają i kumulują swoje czynności, a więc synergistów, i na takie, które wzajem się zwalczają, a więc antagonistów. Zdać sobie należy dokładnie sprawę, że podział powyższy, jako czysto schematyczny, ma znaczenie raczej teoretyczne. Wiadomo już bowiem obecnie, że pewne gruczoły, zachowujące się synergetycznie — stają się w zmienionych warunkach antagonistami. Typowym przykładem tego jest stosunek przedniego płatu przysadki mózgowej do tarczycy. Obydwa te gruczoły wzajemnie się wspierają i uzupełniają, ale, jeśli „w z r o s n ą n a s i l e d z i a ł a n i a, s t a j ą s i ę a n t a g o n i s t a m i". (S o c h a ń s k i).

W najściślejszej zależności jest jajnik z tarczycą, przysadką mózgową — a już w nieco mniejszym stopniu z nadnerczami. W powyższej trójce tarczyca odgrywa bezprzecznie najwybitniejszą rolę. Cały normalny rozwój płciowy kobiety, wszystkie fizjologiczne objawy ze strony narządów rodnych wywołują żywą reakcję tarczycy. Pomijając już to, że tarczyca jest gruczołem, kierującym ogólną przemianą materji, dość wspomnieć o powiększaniu się tarczycy w okresie miesiączkowania i ciąży, nadto jej rolę w czasie pierwszego miesiączkowania w okresie przekwitania, wreszcie jej wpływ na niepłodność kobiety, aby rozumieć jej dominującą rolę. Jeżeli do tego dodamy, że schorzenia tarczycy nawiedzają specjalnie właśnie kobiety (np. Basedow występuje 5 × a myxödema 4 × częściej aniżeli u mężczyzn) to może słusznem wydaje się zapatrywanie S o c h a ń s k i e g o, że jak z jednej strony mężczyzna stoi pod znakiem układu chromochłonnego, tak kobieta pozostaje pod znakiem tarczycy.

Ciekawy jest również stosunek przysadki mózgowej do jajnika. Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że po doszczętnem wycięciu przysadki występuje zupełne zatrzymanie rozwoju zwierzęcia w połączeniu z niedorozwojem części rodnych, jajników, brakiem miesiączki i niepłodnością. Naodwrót wytrzebienie wywołuje wzrost przysadki i wzmożenie jej czynności. Pozatem przysadka ma własności podobne do tarczycy, między innemi odgrywa pewną rolę w gospodarce białkowej i węglowodanowej ustroju *(pars intermedia)* a inkret jej części jest dzielnym środkiem pobudzającym macicę do skurczów. Są i tacy, którzy przypisują przysadce rolę dominującą w ogólnej przemianie materji. Nie ulega zatem wątpliwości, że między przysadką a jajnikami istnieje ścisła zależność i współpraca a zaburzenie równowagi tych gruczołów powoduje cały szereg poważnych zaburzeń konstytucjonalnych.

Trzecim z rzędu gruczołem, ściślej związanym z wewnątrzwydzielniczą czynnością jajnika i z organami rodnemi kobiety, jest nadnercze. Wiadomo, że jajnik działa hamująco na czynność nadnerczy, a wypadnięcie funkcji jajnika powoduje wzmożenie czynności systemu chromochłonnego a w następstwie tego podrażnienie układu wegetatywnego, co najwyraźniej uwidacznia się w okresie przekwitania.

Adrenalinowy cukromocz w ciąży, objawy ze strony układu wegetatywnego w okresie przekwitania, wpływ komórek korowych nadnercza na pigmentację w ciąży, wreszcie związek schorzeń nadnerczy (A d d i s o n) z brakiem miesiączki *(amenorrhea)* i niepłodnością — oto poszczególne i najważniejsze objawy dowodzące zależności tych dwu gruczołów.

W ostatnich czasach zyskuje coraz bardziej prawo obywatelstwa myśl, że macica jest odrębnym i nie mniej ważnym gruczołem dokrewnym.

Z innych gruczołów, mogłaby być brana w rachubę jeszcze grasica, jednak ze względu na to, że czynność jej kończy się zwykle równocześnie z okresem dojrzewania kobiety — nie ma ona większego znaczenia dla hormonoterapji.

Szyszynka i śledziona pozostają w bardzo luźnym związku z jajnikami, a rola ich w odniesieniu do innych gruczołów nie jest dotychczas dostatecznie wyjaśniona.

Jak z powyższych rozważań wynika, wielką ilość cierpień ginekologicznych powodują zaburzenia w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu. Na pierwszym miejscu pod względem etjologicznym należy postawić jajnik bez względu na to czy jest on pierwotnie schorzały, czy też zmiana jego czynności jest tylko objawem zaburzeń w innych gruczołach. Nie ulega już bowiem obecnie żadnej wątpliwości, że jajnik spełnia częstokroć rolę stacji pośredniczącej w przenoszeniu impulsów do innej stacji nadawczej, jaka jest tarczyca i przysadka.

Z punktu widzenia hormonoterapji za Robertem K ö h l e r e m wszystkie ważniejsze schorzenia ginekologiczne można podzielić na takie, które wynikają z hyperfunkcji i takie które wywołuje hypofunkcja jajników.

Do grupy pierwszej należą krwawienia maciczne, zmiękniemie kości i nadwrażliwość płciowa.

Wszystkie krwawienia maciczne — poza krwawieniami wskutek ciąży i na tle zmian organicznych macicy (nowotwory, polipy i t. d.) — są przeważnie pochodzenia jajnikowego. Zasługą nauki o wewnętrznem wydzielaniu jest, że t. zw. *endometritis glandularis*, jako etjologja krwawień, nadto t. zw. metropatje należą już obecnie do historji. Wiadomo bowiem, że to, co nazywano dawniej *endometritis glandularis*, jest tylko jedną z perjodycznych faz normalnego cyklu miesiączkowania t. j. bujanie gruczołów i błony śluzowej macicy w okresie przedmiesiączkowym. To samo dotyczy najrozmaitszego rodzaju „metropatji", które to wyrażenie nie wnosi niczego nowego do etjologji krwawień, oprócz samej nazwy.

Z krwawień macicznych częste są krwawienia u młodych dziewcząt w okresie dojrzewania płciowego, a więc w chwili, kiedy inkret ciałka żółtego poraz pierwszy wdziera się w system gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu i sprowadza czasowe zaburzenie ich równowagi. Analogicznie ma się sprawa z krwawieniami w okresie przekwitania, tylko, że zaburzenia, tutaj występujące, polegają na rozpoczynającem się wypadaniu czynności jajnika. Wreszcie należą tu także wszystkie krwawienia wskutek schorzeń samych jajników na tle najrozmaitszym najczęściej na tle zapalnym.

Jeżeli wychodzimy z założenia, że krwawienia maciczne wynikają z hyperfunkcji jajników — musimy je leczyć hormonem, działającym antagonistycznie do jajników, a tym jest wyciąg z przysadki mózgowej. Tu należy h y p o p h y s i n a, p i t u i t r y n a i cały szereg innych preparatów. Na osobną wzmiankę zasługuje wyciąg ciałka żółtego, t. zw. s i s t o m e n s i n a, a to dlatego, że tak, jak wyciągi z przysadki, mają działanie porażające dla h y p e r f u n k c j i jajnika, tak wyciągi z ciałka żółtego mają działanie korygujące. Z antagonistycznie działających hormonów należy jeszcze wspomnieć o wyciągu gruczołu mlekowego, stosowanego również w powyższych przypadkach w postaci czy to *Mammaglandol, extr. mammae, mammus* i t. d.

Zmiękniemie kości jest zaburzeniem wapniowej przemiany materji na tle naruszenia równowagi między czynnością jajników a korową istotą nadnerczy, i to wskutek nadmiernej czynności jajnika.

Leczenie hormonalne jest — ze względu na niezupełnie wyjaśnioną etjologię — bardzo rozmaite. I tak B o s s i stosuje adrenalinę, M o e b i u s antithyreoidynę, H o f f m a n n antimalacynę (serum wytrzebionych owiec) wreszcie w ostatnich czasach coraz modniejszem staje się leczenie przysadką mózgową.

Do grupy drugiej, a więc schorzeń, polegających na hypofunkcji jajników, należy skąpe miesiączkowanie i brak jego *(oligo- i amenorrhea)*, spóźnione wystąpienie pierwszej miesiączki, niedorozwój macicy z niepłodnością, zmniejszeniem wrażliwości płciowej i bolesnem miesiączkowaniem jako następstwami, nadto błednica i t. zw. i n k r e t o r y c z n a o t y ł o ś ć, wreszcie zaburzenia w okresie przekwitania.

Etjologja skąpego miesiączkowania i jego braku jest, jak wiadomo, rozmaita. Nas zajmuje w tej chwili tylko t. zw. amenorrhea inkretoryczna, a więc mająca swe źródło w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu, gdyż ta tylko może być brana w rachubę w leczeniu hormonalnem. To samo dotyczy także niepłodności na tle hormonalnem. Wiadomo bowiem, że pewne zmiany w systemie wewnątrz-wydzielniczym mogą być przyczyną niepłodności. Z gruczołów, mających pewien wpływ na niepłodność, wymienić należy tarczycę, przysadkę mózgową, — układ chromochłonny do pewnego stopnia nawet grasicę — wreszcie, i to przedewszystkiem, jajniki. Umiejętne rozpoznanie i trafne stosowanie odpowiedniego, względnie odpowiednich hormonów, ma niejednokrotnie wielkie znaczenie lecznicze.

Błednica, schorzenie, pojawiające się prawie wyłącznie u dziewcząt w wieku pokwitania, ma niewątpliwie źródło w zaburzeniach, jakie zachodzą we krwi, specjalnie odnośnie do hemoglobiny —

wskutek wtargnięcia nowego hormonu, jakim jest rozpoczynający wtedy swoje działanie hormon ciałka żółtego.

Zaburzenia w klimakterjum powstają wskutek wykluczenia z ogólnego systemu wewnątrz-wydzielniczego hormonu jajnikowego. Pozostałyby jeszcze zagadnienia t. zw. inkretorycznej otyłości, w odróżnieniu od otyłości bilansowej, która jest zresztą raczej schorzeniem *„par excellence"* wielogruczołowem, aniżeli na tle zaburzeń czynności w samym jajniku.

Wszystkie powyższe schorzenia kombinują się wzajemnie, często sobie towarzyszą, wreszcie wzajemnie ze siebie wynikają, tak że niejednokrotnie trudno jest stwierdzić, które z nich jest pierwotne a które następowe. Polegają one jednak przedewszystkiem na hypofunkcji jajników, czyli na zupełnym braku lub tylko zmniejszonej ilości hormonu jajnikowego, wobec czego w leczeniu tych stanów należy uwzględnić głównie stosowanie odpowiednich preparatów jajnikowych. Preparatów tych jest tyle, ile wytwórni środków leczniczych na świecie. nie sposób więc jest je wyliczyć, nie jest to zresztą celem niniejszego referatu. Natomiast z naciskiem należy podnieść, że schorzenia, o których wyżej mowa, nie powstają wskutek zaburzeń w jednym gruczole, lecz są przeważnie następstwem t. zw. wielogruczołowej niedomogi *(insufficientia pluriglandularis)*. Okoliczność ta ma wielkie znaczenie w wyborze odpowiedniego środka leczniczego. Wychodząc z tego założenia, wyrabiają fabryki chemiczne najrozmaitsze wielogruczołowe preparaty, zawierające najczęściej wyciągi jajników, tarczycy, przysadki i nadnerczy, jak *Thelygan. Horminum feminae, Incretan, Lipolizyna i t. d.* Preparaty te zawierają również domieszkę środków nieorganicznych, wywołujących przekrwienie macicy, jak *Yohimbina* lub ogólnie tonizujących, jak żelazo, arsen lecytyna wapń i t. d.

Niektórzy badacze mówią w ostatnich czasach o raku, jako o schorzeniu, wynikłem z zaburzeń gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. V. Haagen na podstawie szczegółowych badań doświadczalnych nad komórką rakową potwierdza prawie bez zastrzeżeń zapatrywania Burrowa i Jorstadta, którzy twierdzą, że etjologji i patogenezy raka szukać należy w zaburzeniach gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, a szczególnie w zaburzeniach witamin. Pokrywa się to z zapatrywaniem Westenhöfera, który twierdzi, że każda normalna komórka nabłonkowa posiada energję potencjalną do nieograniczonego bujania i przejścia w ten sposób w komórkę rakową, jednakże do wyzwolenia tej energji potrzeba specjalnej podniety. Te podniety nie pochodzą z zewnątrz lecz z wewnątrz i wynikają z zaburzeń gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Być może, że przyszłość leczenia raka, a raczej zapobieganie rakowi, polegać będzie na hormonoterapji.

Przyznać atoli trzeba, że w ogólnym zapale dla inkretologji przekracza się niejednokrotnie granice i idzie się w wielu razach dalej, niż się iść powinno. Jako przykłady tej przesady przytoczyć wystarczy fakt, że obecnie mówi się o włókniakach podśluzowych, krwawieniach wskutek polipów lub nadżerek części pochwowej, nadto o upławach, wreszcie nawet o kwasocie pochwy, jako o stanach i objawach, zależnych wyłącznie od zaburzeń wewnątrzwydzielniczych. (Franz, Zondek).

Najważniejszą rzeczą w tych rozważaniach jest sprawa wartości i skuteczności hormonoterapji. Nie ma potrzeby szczegółowego omawiania wartości wszystkich preparatów po kolei i stwierdzania ich mniejszej lub większej skuteczności. Idzie tu przecież nie o szczegóły, lecz o zasadnicze rozstrzygnięcie pytania co do skuteczności preparatów organicznych wogóle, a jajnikowych w szczególności. Te ostatnie są dla nas najwięcej interesujące, jako że przyszłość hormonoterapji w ginekologji zależy przedewszystkiem od nich.

Ogólnie rzecz biorąc, stwierdzić musimy niestety, że praktyczne zastosowanie nauki o wewnętrznem wydzielaniu w lecznictwie — nie nadążyło ani w części za olbrzymiemi jej zdobyczami i postępami w dziedzinie teorji. Główna trudność polega w wyodrębnieniu istotnego czynnego hormonu jajnika i nad tą sprawą pracuje szereg autorów w ostatnich dziesiątkach lat. Od Fellnera, Frankla, Hartmanna, Seitza i Wintza aż do ostatnich senzacyjnych wyników Zondeka i jeszcze nowszych Laquer'a zdąża nauka wytrwale do wykrycia tego hormonu dla lecznictwa niesłychanie ważnego. Wiele jakoby już pozytywnych wyników okazało się następnie fałszywemi. Aschheim, Stickel i Zondek, specjalnie ten ostatni, sceptycznie zapatrują się na organoterapję. Zondek zaprzecza wogóle, na podstawie badań eksperymentalnych na zwierzętach, skuteczności istniejących w handlu preparatów jajnikowych, twierdząc, że tylko przeszczepianie gruczołów i odpowiednie chemicznie niezmienione suche preparaty gruczołowe mogą mieć pewne znaczenie. Działanie np. ovoglandolu przypisuje domieszanemu do tego preparatu wapnia, a są także tacy, którzy działanie Thelyganu odnoszą do zawartej w niem Yohimbiny. Są to już jednak zapatrywania krańcowe.

Zrozumiałą wobec tego jest rzeczą, że aż do czasu wykrycia właściwego hormonu jajnikowego, hormonoterapja ginekologji musi błądzić po manowcach.

Zondekowi udało się wyosobnić rozpuszczalny w wodzie hormon jajnikowy pod nazwą folliculiny. W ostatnich czasach farmakolog Laquer wyosobnił też jakoby hormon jajnikowy pod nazwą menformon, oznaczając nawet dokładnie jego stężenie w osoczu pęcherzykowym, które ma wynosić 1 — 10 : 1,000.000. Próby doświadczalne tym nowym hormonem mogą oznaczać całkowity przewrót w tym kierunku. Uwagi powyższe więc stwierdzają, że przyszłość hormonoterapji w ginekologji nie zależy od stosowania tego czy innego szumnie reklamowanego środka specyficznego, których liczba szerzy się w ostatnich czasach ponad wszelką miarę, lecz tkwi w gruntownem poznaniu systemu wewnątrz-wydzielniczego, a tem samem t. zw. konstytucji kobiety, a wreszcie, co może najważniejsze, w uzyskaniu właściwego hormonu jajnikowego.

---

D-rzy Z. ŚWIDER, N. KON i M. MANCEWICZÓWNA. Warszawa.

## Badania nad grupami serologicznemi krwi u gruźlików. III. Grupy krwi a przebieg kliniczny gruźlicy.

Z Oddziału Chorób Wewnętrznych „B" Szpitala Św. Łazarza w Warszawie. Ordynator: Doc. Dr. M. Semerau-Siemianowski.

Praca niniejsza stanowi trzecią z serji prac, podjętych z inicjatywy jednego z nas (Świder) nad rolą grup w konstytucji gruźliczej.

W 2 doniesieniach poprzednich *) wykazali Świder i Kon, że u gruźlików narodowości polskiej (pochodz. z Woj. Warsz.) grupa krwi A występuje liczniej, niż u ludzi zdrowych, oraz że wśród gruźlików tych spotykamy najczęściej kombinację grupy A z oczami piwno-zielonawemi oraz włosami blond. W doniesieniu pierwszem wspomnieli również Św. i K. o projektowanem przeprowadzeniu badań, dotyczących roli grup krwi w przebiegu klinicznym gruźlicy; badań tych nie można było narazie wykonać ze względu na brak odpowiedniego materjału obserwacyjnego. W tym celu też zostały podjęte wspólne badania z Dr. Mancewiczówną, Kierowniczka Przychodni Warsz. Tow. Przeciwgruźliczego na Bródnie. Materjał nasz obejmuje 300 chorych, z których połowę stanowią chorzy przychodni, reszta — to chorzy, przeważnie szpitalni, których dane wykorzystaliśmy już dla pracy drugiej; należało obecnie tylko uzupełnić te dane spostrzeżeniami, dotyczącemi przebiegu u nich gruźlicy.

Cały swój materjał podzieliliśmy przedewszystkiem na 3 grupy według okresów Turbana. Uwzględnienie jednoczesne grup krwi wykazało, że grupa krwi A wynosi w I okresie Turbana 43%, w II-gim — 49%, zaś w III-cim — 52%. Grupa krwi B natomiast wykazuje wartości malejące w miarę posuwania się od okresu I-go do III-go: 20%, 17% i 16%. Dzięki temu też biochemiczny współczynnik grupowy $\frac{A + AB}{A + AB}$ wynosi w okresie I-ym 1,9, w okresie II-gim 2,4, — zaś w okresie III-cim — 2,6 — a zatem liczby coraz większe i znacznie przewyższające biochemiczny współczynnik grupowy dla ludzi zdrowych bo wynoszący 1,6.

W ten sposób zatem wykazaliśmy zgodnie z Alperinem, którego pracę cytowaliśmy w doniesieniu pierwszem, że wartości procentowe grupy krwi A wzrastają w miarę szerzenia się sprawy chorobowej.

Zagadnienie o związku między grupami krwi a przebiegiem klinicznym gruźlicy zbadaliśmy jeszcze w sposób inny: mianowicie podzieliliśmy chorych na 2 duże grupy: na lżej chorych, pacjentów poradni przeciwgruźliczej, oraz ciężej chorych — chorych szpitalnych. Zbadanie grup serologicznych krwi wykazało bardzo znaczne różnice w wartościach procentowych poszczególnych grup krwi u tych 2 kategoryj chorych. Znaleźliśmy mianowicie u chorych ambulatoryjnych A = 39%, zaś u chorych szpitalnych 54%! Za-

---

*) Doniesienie pierwsze w Nr. 34/35 oraz doniesienie drugie w Nr. 48 P. G. L. z roku 1927; prace obszerne zostały ogłoszone w zeszycie IV (grudniowym) tomu V-go Polsk. Arch. Med. Wewn. również w r. ub.

tem już u chorych przychodni zaznacza się niewielka nadwyżka grupy krwi A, jako wyraz większej skłonności osobniczej do gruźlicy ludzi, należących do tej grupy krwi. Jednak u ludzi z innemi grupami przebieg gruźlicy jest na ogół bardziej łagodny, przewlekły, natomiast u ludzi z grupą krwi A gruźlica przebiega w sposób bardziej gwałtowny: z ludzi tych rekrutuje się głównie materjał szpitalny, i to nam tłómaczy ten wzrost wartości grupy A u chorych tej kategorji aż do 54%, co stanowi aż 20% nadwyżki w porównaniu z normą.

O roli grup krwi w przebiegu klinicznym gruźlicy wnioskowaliśmy dotychczas zarówno z tego, że w późniejszych okresach choroby wg. Turbana, a zatem w miarę szerzenia się sprawy chorobowej, wartości procentowe dla grupy krwi A coraz to wzrastają, jak i z tego, że zbadanie grup krwi u ludzi lżej i ciężej chorych wykazało u tej drugiej kategorji chorych o wiele większe wartości dla grupy A, znacznie odbiegające od normy (34%).

Z kolei zbadaliśmy grupy krwi u gruźlików z uwzględnieniem jednoczesnem zarówno rozległości sprawy chorobowej (t. j. podziału na okresy wg. Turbana), jak i jej nasilenia, t. j. ogólnego jej przebiegu klinicznego. Badania te wykazały, że w późniejszych okresach gruźlicy wg. Turbana wzrasta ogólna liczba przypadków ciężkich bez względu na rodzaj krwi, jednak przypadki z grupą krwi A przeważają tu, to znaczy, iż wartość procentowa grupy krwi A wzrasta szybciej i to na koszt grup pozostałych. Innemi słowy zatem: przebieg gruźlicy jest wzgl. łagodny u ludzi z grupą krwi O, B, i AB, natomiast o wiele cięższy u osobników, należących do grupy krwi A.

W ten sposób badania nasze wykazały wyraźny wpływ cech serologicznych ustroju na przebieg zakażenia gruźliczego. Po ukończeniu badań naszych, przedstawionych na VII Zjeździe Internistów Polskich w Poznaniu, ukazała się praca niemiecka Warnowsk'ego o stosunkach grup krwi w różnych schorzeniach; autor ten stwierdza, między innemi, że u osobników gruźliczych częściej spotykamy grupę A w przypadkach cieższych ze skłonnością do tworzenia się jam gruźliczych, natomiast w grupie B spotykamy postaci gruźlicy bardziej dobrotliwe. Są to zatem spostrzeżena, zgodne z wynikami badań naszych.

Pragniemy tu poruszyć pokrótce jeszcze 2 zagadnienia. Pierwsze dotyczy stosunków procentowych poszczególnych grup krwi u gruźlików na podstawie naszego obecnego materjału statystycznego, drugie — istotnej wartości biochemicznego współczynnika „rasowego" dla ludności zdrowej.

W doniesieniu pierwszem podaliśmy te stosunki procentowe z pewnem zastrzeżeniem, jako oparte tylko na 300 przypadkach: obecnie nasz materjał statystyczny składa się ogółem z przypadków 600 : 300 przypadków z donies. I-go plus 200 przyp. z donies. II-go oraz 100 (nowych) przyp. z doniesienia III-go. Opracowanie tego materjału statystycznego dało wyniki następujące:

Stosunki procentowe grup krwi u gruźlików.

| Woj. Warsz. | O Liczba przyp. | O % | A Liczba przyp. | A % | B Liczba przyp. | B % | AB Liczba przyp. | AB % | Razem | Współcz. biochem $\frac{A+AB}{B+AB}$ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Zdrowi | | 32,9 | | 34,9 | | 22,9 | | 9,2 | | (norm.) 1,6 |
| Gruźlicy | 176 | 29,3 | 286 | 47,6 | 94 | 15,6 | 44 | 7,3 | 600 | (patol.) 2,4 |
| Różnica | | —3,6 | | +12,7 | | —7,3 | | —1,9 | | +0,8 |

Porównanie tej tablicy z tablicą, podaną w doniesieniu pierwszem wykazuje. że biochemiczny współczynnik grupowy, jako wskaźnik ogólnej przewagi na danym materjale statystycznym grupy A nad B, utrzymał się prawie bez zmiany. Fakt, że zbadanie jeszcze 300 osób, a zatem powiększenie pierwotnego materjału o 100%, nieznacznie tylko wpłynęło na zmianę wysokości biochemicznego współczynnika grupowego, jest najlepszym dowodem, iż spostrzeżenia nasze co do częstszego występowania u gruźlików grupy krwi A nie są bynajmniej dziełem przypadku.

A jeśli tak jest, w takim razie należy zwrócić uwagę, że określony przez Halberównę i Mydlarskiego biochemiczny współczynnik rasowy dla ludności polskiej, jako oparty na badaniach, przeprowadzonych wyłącznie na ludziach zdrowych (żołnierzach armji polskiej) jest odzwierciedlaniem jedynie stosunków procentowych grup krwi u ludzi zdrowych. Jeśli weźmiemy natomiast pod uwagę znaczne rozpowszechnienie gruźlicy wogóle oraz znaczne odchylenie u gruźlików wartości poszczególnych grup krwi w porównaniu z normą (czytaj: u ludzi zdrowych) to zrozumiemy, że istotny współczynnik rasowy dla ludności polskiej, obejmującej zarówno ludzi zdrowych, jak i chorych, musi leżeć gdzieś pomiędzy współczynnikiem ',,rasowym" Halberówny i Mydlarskiego (1,6), a naszym współczynnikiem grupowym dla gruźlików (2,4).

Wszystkie te zagadnienia zostały dokładnie omówione w obszernej pracy naszej, ogłoszonej pod tym samym tytułem, co doniesienie niniejsze, w Polsk. Archiwum Medyc. Wewnętrznej. Podany tam jest szereg tablic, na których oparliśmy przedstawione tu pokrótce wyniki swoich badań. W pracy tej poruszyliśmy również kwestję wartości podziału gruźlicy na okresy wg. Turbana dla wnioskowania nie wyłącznie o rozległości sprawy chorobowej, ale i o jej dynamice, t. j. jej nasileniu. Na odpowiedniej tablicy przedstawiliśmy procentowo wartość klasyfikacji wg. Turbana dla oceny właśnie stopnia nasilenia gruźlicy.

Badania nasze, dotyczące roli grup serologicznych krwi w przebiegu klinicznym gruźlicy dały więc następujące wyniki:

1) Wartości liczbowe i procentowe dla grupy krwi A wzrastają w miarę posuwania się od I-go okresu gruźlicy wg. Turbana do okresu III-go, zaś wartości liczbowe i procentowe dla grupy B maleją w tym samym porządku kolejnym.

2) Dlatego też biochemiczny współczynnik grupowy $\frac{A+AB}{A+AB}$ staje się wyższy w dalszych okresach gruźlicy i wynosi: w I-ym okresie **1,9**, w II-gim — **2,4**, zaś w III-cim okresie — **2,6**.

3) Stosunki procentowe poszczególnych grup krwi wykazują u lżej chorych poradni przeciwgruźliczej niewielkie jeszcze odchylenia od wartości normalnych, natomiast u ciężej chorych, pacjentów szpitalnych stwierdzamy już znaczne różnice, zwłaszcza nadwyżkę grupy krwi A.

4) Uwzględnienie jednoczesne, zarówno rozległości sprawy chorobowej, t. j. okresu gruźlicy wg. Turbana, jak i jej nasilenia, t. j. złośliwego lub dobrotliwego przebiegu gruźlicy, — wykazało, że w miarę posuwania się od Turbana I do III wzrasta ogólna liczba przypadków ciężkich, ale zarazem wzrost ten odbywa się w poszczególnych grupach krwi nierównomiernie, gdyż zawartość procentowa grupy krwi A wzrasta szybciej i to na koszt grup pozostałych.

5) U ludzi z grupą krwi O, A i AB gruźlica przebiega więc w sposób wzgl. łagodny, przypadki zaś gruźlicy ciężkiej spotykamy głównie u osobników z grupą A.

6) *Grupa serologiczna krwi A jest zarówno wyrazem pewneg*

6) *Grupa serologczna krwi A jest zatem zarówno wyrazem pewnego usposobienia osobniczego do gruźlicy wogóle, jak i oznaką skłonności osobniczej do cięższych postaci klinicznych gruźlicy.*
gruźlików narodowości polskiej (Woj. Warsz.) wynosi na podstawie badań, opartych na 600 przypadkach, — 2, 4.

8) Biochemiczny współczynnik „rasowy" dla ludności polskiej jest w istocie rzeczy współczynnikiem grupowym dla ludzi zdrowych; wartość faktycznego współczynnika rasowego dla Polaków leży między wskaźnikiem Halberówny i Mydlarskieg dla ludzi zdrowych (**1,6**), a znalezionym przez nas wskaźnikiem grupowym dla gruźlicy (**2,4**).

---

A. ŁAWRYNOWICZ i T. CIOSŁOWSKI Warszawa.
(przy współudziale: Z. Bohdanowiczówny, J. Goldberżanki i M. Hryniewiczówny).

### Odczyny serologiczne kiłowe u położnic.

Z pracowni bakterjologicznej Miejskiego Instytutu Higjenicznego
Kierownik: Doc. Dr. A. Ławrynowicz
i Zakładu Położniczego im. Ks. Anny Mazowieckiej
Zastępca kierownika: Dr. M. Ryłko.

Zorganizowanie walki z kiłą, jako chorobą społeczną, wymaga zdobycia materjałów orjentacyjnych, któreby wskazywały w jakiej mierze i jaką sprawa ta odgrywa rolę w danych warunkach. Szereg krajów takie liczby posiada. Obejmując te lub inne grupy ludności wykazują one np., że w Niemczech przeciętnie przyjmuje się 5% ludności zakażonej (Meinicke), w Aserbejdżanie powiaty poszczególne dają od 9—21%; świeże zachorowania na kiłę w większości krajów europejskich zostały już ujęte statystycznie jak to wykazuje ankieta Jadassohn'a.

Otrzymanie liczb, charakteryzujących zakażenie kiłą danego środowiska, napotyka duże trudności organizacyjne. Najprostszem, ale praktycznie możliwem, byłoby masowe kliniczne oraz serolo-

giczne badanie ludności. Cyfry, otrzymywane przez instytucje typu leczniczego, posiadają wartość względną z powodu sztucznego doboru materjału. Jedyny wyjątek pod tym względem stanowią zakłady położnicze, gdyż ich materjał to kobiety zdrowe, zgłaszające się nie z racji stanu chorobowego, lecz wyłącznie w celu odbycia połogu. Materjał ten jest jednostronny, uwzględniający zaledwie część ludności kobiecej, jednakże na razie i on posiadać może niewątpliwą wartość orjentacyjną.

Z tego założenia wychodząc, przedsięwzięliśmy systematyczne badania serologiczne położnic, w celu ustalenia miarodajności badania serologicznego krwi położnic[1]) oraz ewentualnego otrzymania liczb orjentacyjnych co do występowania kiły u tej chociażby grupy ludności.

Wyniki otrzymane z badania serologicznego krwi położnic, napotykają zastrzeżenia natury teoretycznej i praktycznej. Przedewszystkiem zasadniczo podczas ciąży w ustroju zachodzi szereg zmian natury chemicznej, powodujących niekiedy znaczne odchylenia od stosunków prawidłowych Zmiany te obejmują przedewszystkiem przemianę lipoidową — występuje cholesterynemia, (której klinicznym wyrazem jest częstość kamicy żółciowej u kobiet w związku z ciążą), jakoteż zmian dotyczących składu krwi; stosunek wzajemny albumin i globulin krwi zaznacza wyraźny wzrost globulin (F r e y, L e w i ń s k i), występują związane z tem zmiany w przebiegu odczynu Biernackiego.

Uważa się naogół, że zmiany te w 2 tygodnie po porodzie wracają do normy.

Wszystkie te zmiany w ustosunkowaniu czynników, które w odczynach serologicznych kiłowych odgrywają rolę podstawową, niewątpliwie wpływać mogą na ich wynik; aczkolwiek kierunek tych zmian naogół jest ustalony, jednakże ilościowe wahania mogą się zaznaczać w granicach szerokich. Ta okoliczność stanowi zasadnicze teoretyczne zastrzeżenie w stosunku do wykonywania badania serologicznego w okresie ciąży i porodu Czynniki powyższe warunkować mogą odczyny dodatnie nieswoiste, jako wynik zmian chemicznych krwi. Z tego wynikały poglądy negujące całkowicie wartość odczynów serologicznych kiłowych w okresie ciąży (V i g n e).

O ile chodzi o stronę praktyczną badań serologicznych podczas porodu, to wchodzą tutaj w rachubę dwa podstawowe rodzaje materjału: krew żylna oraz krew pozałożyskowa. Jeżeli wyżej podane zastrzeżenia teoretyczne mogą obniżać miarodajność badania krwi żylnej w ciąży i połogu, to w stopniu o wiele większym można je zastosować do krwi pozałożyskowej, która nadto zawiera komórki tkanki łożyska, wydzielinę dróg rodnych (pochwy), lipoidy kosmków (P o m i n i).

Stronę praktyczną zagadnienia poddawano licznym badaniom. Rozbieżność zdań dotąd zaznacza się w granicach bardzo szerokich. B o a s i G a m m e l t o f t (na materjale 254 osób niekiłowych) mieli w 16,9% zahamowania nieswoiste. Z 62 otrzymanych wyników dodatnich (na materjale 273 osób). 43 miały odczyn nieswoisty (t. j. 69,3%). Wartość praktyczna badania krwi pozałożyskowej w ich wnioskach jest bardzo względna w przeciwstawieniu do badania krwi żylnej, która w stopniu minimalnym daje zahamowania nieswoiste — 0,14% na materjale 2200 osób (B o a s, G a m m e l t o f t, K a r e n S i e c k). Częstość odczynów nieswoistych we krwi pozałożskowej zaznaczają S a e n g e r (6% osób badanych), S t ü h m e r i D r e y e r (10%), B r u n n e r (18,2%), W i l l e n b r ü c h e r, K r u k e n b e r g i inni.

W przeciwstawieniu S t e i n e r i F l u s s e r, P a n k o w, H a n d o r n, H o h n i G u m m e r t, B a u m m i inni przychodzą do wniosku, że krew pozałożyskowa w zupełności nadaje się do wykonywania odczynu Wassermann'a.

P a n k o w, H a n d o r n i in. badanie krwi łożyskowej uważają raczej za bardziej nawet wskazane, jako łatwiej dające wynik dodatni w przypadkach kiły utajonej. Ciąża i poród stanowią czynnik prowokujący kiłę.

Mimo tak daleko sięgającej rozbieżności zdań rację przyznać należy raczej przeciwnikom używania krwi pozałożyskowej do badania serologicznego.

Natomiast liczni autorowie (G e o r g y i H a n d o r n, F i n k e n e r i N e u g a r t e n, K l o p s t o c k i H e i l p e r t, H i n t o n, S e q u e i r a i in.) zaznaczają, że krew żylna nadaje się dobrze w ciąży i porodzie do badania. Częstość odczynów nieswoistych wypada rozmaicie: H i n t o n na 10427 badań niema ich wcale, S e q u e i r a jako też B o a s, G a m m e l t o f t, K a r e n S i e c k — 0,14%, B i r g e r — 2,6% (w późnych okresach ciąży). Całkiem odosobnieni są B e l d i n g i H u n t e r ze swemi 25,30% zahamowań nieswoistych we krwi żylnej, L a n d a - G l a s s podaje 11% nieswoistych zahamowań u położnic, które nigdy nie chorowały na kiłę.

Wychodząc z ogólnych założeń o możliwości nieswoistych zahamowań, E s c h i W i e l o c h wymagają wykonania powtórnego kontrolnego badania w przypadkach dodatnich po upływie 6 dni — 2 tyg. od porodu.

W wykonywaniu badania serologicznego K l o p s t o c k i H e i l p e r t, P h i l i p p, G o r n i c k i P e l t r e t wymagają jednoczesnego stosowania poza odczynem Wassermanna odczynów kłaczkujących *).

Z powyższego, aczkolwiek nie całkowitego, zestawienia piśmiennictwa widzimy, że poglądy w sprawie praktycznego wykonywania badania serologicznego u ciężarnych i położnic bynajmniej nie są ustalone. Przeważają jednakże zastrzeżenia w stosunku do krwi pozałożyskowej oraz żądanie jednoczesnego wykonywania kilku odczynów (OW., odczyny kłaczkujące).

Spostrzeżenia nasze wykonane były na materjale Zakładu położniczego im. Ks. Anny Mazowieckiej, badanym w Miejskim Instytucie Higjenicznym m. st. Warszawy.

Materjał, poddany omówieniu, składa się z 2.461 matek oraz 2.254 badanych noworodków.

M a t k i. Krew do badania pobierano w dniu porodu: w 2.011 przyp. pobrano krew pozałożyskową, w 450 — krew żylną. W każdym przypadku poza odczynem Wassermann'a (metodą Mac-Intosh'a) wykonywano odczyn Sachs-Georgi.

Wyjątkowa łatwość pobierania krwi pozałożyskowej, jakoteż ominięcie wyjednywania zgody chorej na pobieranie krwi (jak to zwykle jest przy pobieraniu krwi dożylnej) pobudziły nas do wykonania odczynów serologicznych z krwią pozałożyskową w celu wyrobienia własnego zdania w sprawie jej zdatności do badania.

Aczkolwiek w cyfrach powyższych nie chodziło o równoległe badanie krwi tych samych osób, to jednakże zestawienie wyników badania krwi pozałożyskowej i żylnej pozwala wysnuć pewne wnioski.

Mimo rozmaitej podstawy statystycznej odsetki otrzymanych wyników dodatnich OW (16.6% i 6.6%) są tak dalece różne, że różnicę tę da się objaśnić wyłącznie, biorąc pod uwagę specjalne właściwości krwi pozałożyskowej. Krew pozałożyskowa, jak wynika z cyfr powyższych, daje ryczałtowo 2 razy z górą więcej odczynów Wassermann'a dodatnich, niż krew żylna (60%). Różnicę tę złożyć należy na rachunek odczynów dodatnich nieswoistych,

[1]) Wartość praktyczną oraz metodykę badania Odczynu Wassermann'a w mleku położnic omówiono w innej pracy (Z. B o h d a n o w i c z ó w n a i T. C i o s ł o w s k i). Ginekologja Polska. T. VI. Zesz. 4—6, 1927.

*) Propozycja V o g t'a korzystania z płynu mózgowo-rdzeniowego, jako nigdy nie dającego w ciąży i połogu zahamowań nieswoistych, z natury swojej nie może posiadać większego znaczenia praktycznego.

Wyniki badania serologicznego wypadły w sposób następujący:

Krew p o z a ł o ż y s k o w a dała: na 2.011 badanych przypadków:

Tablica 1.

| | Samo zahamowanie | — | ± | + | ++ | +++ | ++++ | Razem dodatnich | Wybitnie dodatnich (++ do ++++) | % wybitnie dodatnich |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Odczyn Wassermanna | 28 | 1642 | 12 | 9 | 85 | 111 | 124 | 341 | 320 | 16 6 |
| „ Sachs-Georg. | — | 1788 | 4 | 12 | 41 | 61 | 61 | 195 | 163 | 8 2 |

Krew żylna na 450 przypadków dała:

Tablica 2.

| | — | ± | + | ++ | +++ | ++++ | Razem dodatnich | Wybitnie dodatnich (++ do ++++) | % wybitnie dodatnich |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Odczyn Wassermanna | 417 | 1 | 2 | 3 | 2 | 25 | 33 | 30 | 6·6 |
| „ Sachs-Georg. | 424 | 0 | 4 | 2 | 6 | 14 | 26 | 22 | 4·9 |

które u Boas'a i Gammeltoft'a dały 69,3%. Cyfry nasze nie różnią się zasadniczo. Nadto zaznaczyć należy, że zahamowanie samoistne spostrzegano 28 razy na 2.011 badanych prób krwi pozałożyskowej, we krwi zaś żylnej na 450 przypadków nie spostrzegano go wcale. Wynikałoby z tego, że krew pozałożyskową należy uznać za materjał, nieodpowiedni do badania serologicznego.

Drugim bardzo ważnym szczegółem, wynikającym z cyfr podanych, będzie duża różnica w odsetkach wyników badanych, otrzymywanych metodą wiązania dopełniacza i za pomocą odczynów kłaczkujących (16,6 i 8,2 dla krwi pozałożyskowej i 6,6 i 4,9 dla krwi żylnej). Wynika z tych zestawień, że zgodność wyników OW oraz S-G, która w warunkach normalnych stanowi 97,7% (Szwojnicka-Milińska) inaczej wygląda podczas połogu. Specjalne właściwości materjału badanego warunkują dużą rozbieżność wyniku badania obu odczynów, świadcząc tem samem o rozmaitej ich istocie i naturze fizyko-chemicznej.

Zestawienie odsetków wyników dodatnich odczynu Sachs-Georgi we krwi pozałożyskowej i żylnej (8,2% i 4,9%) upoważnia do wniosku, że odczyn Sachs- Georgy również daje odczyny nieswoiste, chociaż nieco rzadziej, niż odczyn Wassermanna; zaznaczał fakt ten Bathe.

Odczyny kłaczkujące w połogu mają większą wartość praktyczną i dają mniej zahamowań nieswoistych, niż odczyn wiązania dopełniacza, co zaznaczali już Stühmer, Dreyer, Varo, Philipp, Gornick i Peltren i inni.

Dane powyższe umożliwiają już wysnucie wniosków natury praktycznej. Dodajemy jeszcze niektóre spostrzeżenia, dotyczące szczegółów sprawy poruszanej.

Na niedużym stosunkowo materjale — 60 osób — wykonane były badania równoległe jednocześnie pobranej krwi pozałożyskowej i żylnej. W tych 60 przyp. 40 przypadków dało wyniki zgodne krwi pozałożyskowej i żylnej (z tego 30 ujemnych i 10 dodatnich), reszta — 20 przyp. dały wyniki rozbieżne: pozałożyskowa dawała wynik wybitnie dodatni przy ujemnym odczynie we krwi żylnej. Te liczby idą w zaznaczonym wyżej kierunku ustosunkowania wyników dodatnich nieswoistych we krwi pozałożyskowej i żylnej.

Nieliczne przypadki powtórnego badania krwi (żylnej) w 6—8 dni po wykonaniu badania krwi pozałożyskowej wykazały, że o ile chodziło o badanie w przypadkach, gdzie urodziło się dziecko żywe (6 przyp.) OW słabo dodatni (+) zmieniał się na ujemny; w przypadkach urodzenia się płodów martwych lub zmacerowanych (7 przyp.) odczyny serologiczne pozostawały bez zmiany, lub ulegały zaledwo słabemu obniżeniu (z ++++ na +++); zaznacza się w danym przypadku zależność zmiany odczynu od spostrzeganych objawów klinicznych. Słabo dodatnie odczyny we krwi pozałożyskowej znikają już po 6—8 dniach.

Poza krwią matek poddawano badaniu krew noworodków (krew z pępowiny). Zbadano wszystkiego 2.254 noworodków. Wyniki odczynów serologicznych wypadły w sposób następujący:

Krew pępowiny daje wyniki odczynów serologicznych zbliżone do wyników badania krwi żylnej położnic, zaznaczając jednakże występowanie samozahamowania (35 razy). Różnica w wynikach odczynu wiązania dopełniacza i odczynu kłaczkującego odpowiada różnicy spostrzeganej we krwi żylnej położnic. Zestawienia te świadczą, że wartość praktyczna badania odczynów serologicznych we krwi żylnej matki oraz we krwi pępowiny jest, naogół biorąc, równa.

Wartość kliniczna odczynów serologicznych kiłowych będzie omówiona osobno.

Zestawiając dane powyższe otrzymujemy wyników dodatnich·

| | Matki | | Noworodki krew pępowiny |
|---|---|---|---|
| | krew żylna | krew łożysk. | |
| Odczyn Wassermanna | 6·6% | 16·6% | 6·6% |
| „ Sachs-Georg. | 4·9 „ | 8·2 „ | 4·4 „ |

Czy można na podstawie wyników spostrzeżeń dojść do wniosków w sprawie rozpowszechnienia kiły w Warszawie. Ścisłych wniosków z materjału powyższego wysnuć niepodobna. Odrzucając wyniki badania krwi pozałożyskowej, jako nieposiadające wartości ze względu na dużą liczbę zahamowań nieswoistych, wykorzystać możemy do obliczeń wyniki badania krwi żylnej oraz krw pępowiny noworodków. Jak wyżej wspomniano, liczni autorzy (Boas, Gammeltoft, Karen Sieck, Georgi i Handorn, Klopstock i Heilpert, Tsakyroglu i i.) uznają wyniki badania krwi żylnej położnic za całkowicie miarodajne ze względu na minimalną liczbę zahamowań nieswoistych. Nie mając powodów przeciwstawienia się tej koncepcji ogólnej, liczb otrzymanych przy badaniu krwi żylnej położnic użyć możemy jako podstawy do wniosków. Z liczb tych wynika, że 4—6% (w zależności od sposobu badania) położnic — inaczej 4—6% rodzin daje przejawy serologiczne kiły.

Cyfra ta bezspornie jest niższa od istotnej ze względu na istnienie kiły utajonej (sero-negatywnej) oraz ze względu na to, że właśnie małżeństwa kiłowate, często bezdzietne, pozostają całkowicie poza nawiasami spostrzeżeń. Nie możemy mówić o ścisłości cyfry podanej, uważamy ją jednakże za uzasadnioną minimalną cyfrę orjentacyjną rodzin kiłowych.

Spostrzeżenia Zborowskiego, dokonane w tym samym kierunku w Warszawie, dały na materjale 1012 osób — 7,8% położnic kiłowych. Nie odbiega ta cyfra od naszej.

Tablica 3.

| | Samo zahamowanie | — | ± | + | ++ | +++ | ++++ | Razem dodatnich | Wybitnie dodatnich (++ do ++++) | % wybitnie dodatnich |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Odczyn Wassermanna | 35 | 1056 | 5 | 10 | 38 | 50 | 60 | 163 | 148 | 6·6 |
| „ Sachs-Georg. | | 2078 | 7 | 37 | 13 | 42 | 32 | 141 | 97 | 4·4 |

Wnioski:

1) Krew pozałożyskowa, jako dająca duży odsetek odczynów dodatnich nieswoistych (minimum 60%), nie nadaje się do badania serologicznego u położnic;

2) Odczyny kłaczkujące (Sachs-Georgi) u położnic dają stale znacznie mniej zahamowań nieswoistych niż odczyn wiązania dopełniacza. W badaniu serologicznem poza odczynem Wassermann'a wykonywać należy odczyny kłaczkujące;

3) Za minimalną cyfrę orjentacyjną rodzin kiłowych w Warszawie możemy uważać 4—6%.

Piśmiennictwo.

1) Baumm: Arch. f. Gyn. B. 130, s: 192, 1927: — 2) Birger: Wracz: Gaz: 1927, Nr: 1: — 3) Boas u. Gammeltoft: Arch. f. Gyn. Bd: 128, H. 3, 1926. — 4) Boas, Gammeltoft u. Karen Sieck. tam samo. — 5) Bohdanowiczówna Z. i Ciosłowski T.: Ginekologia Polska. T. VI, z. 3—6, 1927. — 6) Frey: Arch. f. Gyn. B. 126. H. 2/3, 1925. — 7) Jadassohn: Kl. W. 1926, Nr. 48. — 8) Klopstock u. Heilpert: Kl. W. 1926, Nr. 9. — 9) Landa-Glass: Wracz. Gaz. 1925, Nr. 22. — 10) Lewiński: wedł. Geill, Kl. W. 1927, Nr. 5. — 11) Mejnicke: Kl. W. 1926. Nr. 11, (sprawoz. z pos: Schles: Ges: f: vaterl: Kult): — 12) Szwojnicka-Milińska Z.: Medyc. Dośw. i Społ. T: VI, 1926: — 13) Vogt: Arch. f. Gyn. Bd. 130, 1927. — 14) Philipp, Gornick, Peltren: Kl. W. 1927, Nr. 15: — 15) Zborowski H.: Sprawa kiły w położnictwie. księga pamiątkowa XII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w r. 1925, T. II, str. 192. — Reszta piśmiennictwa podana została według wymienionej wyżej pracy Boas i Gammeltoft.

---

## SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. TOMASZEWSKI Józef Lwów.

### Wrodzona niedrożność dróg żółciowych.

Oddział Położniczo-ginekologiczny Państw. Szpitala Powszechnego we Lwowie. Prymarjusz: Prof. Dr. Sołowij.

Opisując przypadek wrodzonego zwężenia, niedrożności lub zupełnego braku przewodów żółciowych — należałoby według Weth'a i Beneckego, którzy zebrali i spisali w piśmiennictwie około 90 przypadków, podzielić je na:

1) Niedrożność wspólnego przewodu żółciowego tylko w dolnej części,

2) niedrożność przewodu żółciowego wspólnego i wątrobowego w całości,

3) niedrożność zupełna wszystkich przewodów żółciowych wraz z pęcherzykiem żółciowym,

4) niedrożność przewodów poza i wewnątrzwątrobowych przy zachowanym lub zarośniętym pęcherzyku żółciowym,

5) niedrożność przewodu wątrobowego, przyczem pęcherzyk żółciowy pozostaje w łączności z dwunastnicą.

Według Beneckego najczęściej spotyka się brak wspólnego przewodu żółciowego podczas gdy inne znacznie rzadziej.

Co się tyczy zapatrywań tłumaczących istotę i mechanizm powstawania zwężenia czy niedrożności dróg żółciowych, to z różnych punktów widzenia możnaby myśleć:

a) o kile jeszcze w okresie życia płodowego,

b) jako następstwo bliżej nieznanych procesów zapalnych, (Flebbe, Berend i Schüppel uważają, że zachodzi tu sprawa zapalna, wychodząca z przewodu pokarmowego — Giese dopatruje się zapalenia tylko w drogach żółciowych — Frensdorf zaś mówi o zapaleniu na tle toksycznem w drogach okołożółciowych i w tkance okołowątrobowej, które przechodzi na drogi żółciowe),

c) o pewnego rodzaju wstrzymania w rozwoju płodowym — wreszcie

d) według Elperin'a. Tandlera i Forsner'a mamy tu do czynienia z bujaniem przybłonka przewodu żółciowego, aż do zarośnięcia tegoż.

(Bodźcem bujania tkanki mają być wchłaniane jady, jako produkty rozpadu białka, przez uszkodzoną ścianę jelit — a tkanka wątrobowa nie mogąc z powodu niedomogi czynnościowej sprostać zadaniu w niweczeniu tych jadów, broni się niejako, zarośnięciem odpowiednich przewodów i rozrostem tkanki międzywątrobowej).

Jeśli chodzi o stan ogólnych dzieci dotkniętych taką wadą, to mogą się one rozwijać początkowo nieźle, zależnie od stopnia niedrożności, jednak zejście następuje zawsze najpóźniej do roku, zwykle wśród objawów cholemji, jako dowód czynnościowej niedomogi wątroby.

W zakresie przemiany materji występują szczególnie zboczenia w trawieniu tłuszczu, gdyż jak podaje Grosse, Porker i Ylppö, dziecko wyzyskuje spożytego tłuszczu tylko 14% w stosunku do normy 95—98%.

Przypadki takie należą do rzadkości i w piśmiennictwie, jak już wspomniałem, jest niewiele znanych i opisanych przypadków, gdyż schorzenie tego rodzaju, albo kończy się śmiercią w pierwszych dniach po urodzeniu dziecka, nie dostając się w ręce lekarza z powodu braku opieki nad noworodkiem — lub, o ile rodzi się w domu, to umiera bez ustalenia rozpoznania.

Nasz przypadek byłby drugim znanym przypadkiem w piśmiennictwie polskiem, ze względu zaś na niezwykłe objawy kliniczne — pierwszym przypadkiem.

W całym zespole objawów klinicznych na pierwsze miejsce wybija się przedewszystkiem u starszych dzieci: następowa marskość wątroby, wywołana zastojem żółci i acholiczne stolce, u noworodków natomiast: żółtaczka wrodzona nie znikająca jak w naszym przypadku od pierwszej chwili urodzenia — lub występująca zaraz po urodzeniu, skutkiem czego znajdujemy w moczu w odróżnieniu od żółtaczki noworodkowej barwiki żółciowe.

Z ogólnych objawów przewlekłe zatrucie barwikami żółci, ujawniające się w senności, drgawkach i wymiotach, zaś na żółtej skórze, na co po raz pierwszy zwraca się uwagę, liczne wybroczynki krwawe, jako dowód kruchości naczyń z powodu stanu septycznego, a przed zejściem krwawienie z błon śluzowych jak z oka, nosa, jamy ustnej, odbytnicy, narządów płciowych i t. p.

Zejście w naszym przypadku nastąpiło w pierwszych dziesięciu dniach życia mimo odpowiedniego żywienia, dobrego apetytu dziecka, braku objawów dyspeptycznych jak: częstych śluzowych lub strzelających stolców (które w pierwszych dniach nie były acholiczne, gdyż zmieszane ze smółką nie uwydatniały się — dopiero siódmego dnia), a jedynie tylko nieobfitych wymiotów, dziecko ubywało na wadze z każdym dniem od 40—120 g i umarło nie z powodu żółtaczki może, tylko dlatego, że bezpośrednią przyczyną śmierci ustroju było zrazikowe zapalenie płuc, częściowa ropowica, ogólny stan septyczny i liczne krwawienia.

Przypadek ten jest o tyle ciekawy, że jest on jedyny i pierwszy w piśmiennictwie polskiem, w tak wczesnym okresie opisany, powtóre z powodu wystąpienia niezwykłych objawów klinicznych zaraz po urodzeniu i później — skutkiem czego może nam dać dokładny obraz wrodzonej żółtaczki spowodowanej zarośnięciem wspólnego przewodu żółciowego. Inne przypadki dotychczas opisywane czy to przez Meyenburga, Ylppö, Murchinsona, Ashby, Reussa, Langego a w piśmiennictwie polskiem przez Schusterównę ze stanowiska anatomo-patologicznego, a Heschelesa klinicznego, dotyczyły dzieci, które żyły dwa, trzy a nawet do siedmiu miesięcy, sekcja zaś wykazywała zarośnięcie przewodu wątrobowego, bądź pęcherzykowego, u Heschelesa zaś niedrożność przewodu wątrobowego z drożnością pęcherzykowego do dwunastnicy *(aplasia ductus hepatici)*,

W naszem rozpoznaniu nie było od samego początku najmniejszej wątpliwości, że mamy tu do czynienia z jakąś wrodzoną wadą rozwojową w drogach żółciowych, a po wykluczeniu gruźlicy i kiły wątroby — przychyliliśmy się do zdania, że wada dotyczy tylko niedrożności wspólnego przewodu żółciowego, zaczem przemawiały objawy kliniczne, i co w zupełności zostało przez sekcję potwierdzone.

Streszczając zaznaczamy:

1) u noworodka stwierdza się natychmiast po urodzeniu silne żółtaczkowe zabarwienie skóry, śluzówek i wydzielin ustroju,

2) liczne wybroczynki krwawe na skórze w różnych miejscach ciała trzeciego dnia po urodzeniu i krwawienie z błon śluzowych piątego dnia,

3) acholiczne stolce dopiero siódmego dnia po urodzeniu,

4) powiększoną wątrobę szczególnie po stronie lewej o twardym dość brzegu.

Na podstawie powyższych danych ustaliło się rozpoznanie: niedrożność wspólnego przewodu żółciowego i zatrucie ustroju barwikami żółciowemi, zaś przed zejściem dodatkowo ogólny stan septyczny i następowe zrazikowe zapalenie płuc. Rozpoznanie powyższe w zupełności prawie potwierdziła sekcja wykonana w zakładzie anatomo-patologicznym przez Dr. Schusterównę, uzupełniając jeszcze rozpoznanie nasze zarośnięciem przewodu wątrobowego i pęcherzykowego przy zachowanym pęcherzyku żółciowym.

Piśmiennictwo.

Benecke: Marburg Programm, 1907. — Theodor: Angeborene Aplasie der Gallenwege. Arch. f. Kind. 1909. — Flensdorf: Frankf. Zeitsch. f: Path. 1912. — De Lange: Angeborener Icterus, Jahrb. f. Kindh. 1926. — Mayer: Ueber angeb. Icterus. Mon. f. Geb. u. Gin. 1923. — Büzig: Zur Lehre der ang. Versch. der Gallenwege. Arch. f. Verdauungskr. 1916. — Reuss:

Pathologie d. Neugeb. Bd. VIII/2. — Bossert: Zur Frage d. Leberzirrh: im Säugbingsalter. Monatschr. f. Kindh. 1916. — Pfaundler-Schlossmann: Handbuch der Kinderhlk. — Fleise: Stickstoff und Fett Stoffwechsel u. s. w. Monat. f. Kinderhlk. 1920. — Schusterówna: W sprawie pochodzenia wrodzonego braku i t. d. Polska Gaz. Lek. 1925. — Hescheles: W sprawie wad rozwojowych przewodów żółciowych: Pedjatria polska. 1922 r.

---

## FEJLETON.

### Kartka z historji przemysłu chemicznego.

E. Merck, Darmstadt.

Powstałe z aptek fabryki, do których w pierwszym rzędzie zaliczyć należy firmę E. Merck w Darmstacie odegrały w historji przemysłu chemicznego wielką rolę.

W roku zeszłym przypadła stuletnia rocznica fabrycznej działalności tej firmy, której zacządki sięgają jednakże końca 17-ego wieku. W roku 1668 aptekarz Fryderyk Jakób Merck nabywa aptekę „Pod Aniołem" w Darmstacie, istniejącą od roku 1654, która od tego czasu pozostała własnością rodzinną. Wielu z jej późniejszych właścicieli zdobywa nieprzeciętną sławę, sięgającą daleko poza ramy ich zawodu. Szczególniej jednak wyróżnia się Henryk Emanuel Merck, ur. w roku 1756, którego imię dzięki własnym dziełom i bliskim stosunkom z Goethem przeszło do historji.

Henryk Emanuel Merck zaprzyjaźniony blisko z Liebigiem, częściowo za jego namową skłaniał się ku działalności przemysłowej. Już w roku 1827 publikuje własne metody wydobywania z roślin środków leczniczych, i zaczyna wyrabiać w dużych ilościach morfinę. Z chwilą tą apteka zaczyna działalność fabryczną. Licząc początek istnienia od 1668 obchodzi więc firma w roku bieżącym dwustosześćdziesięcioletni jubileusz swego istnienia.

Henryk Emanuel Merck zmarł w roku 1855. Działalność jego była bardzo owocną. Prace jego nad alkaloidami znalazły uznanie daleko poza granicami Niemiec, czego dowodem chociażby złoty medal, wybity na jego cześć, a ofiarowany mu przez „Société de Pharmacie" w Paryżu w roku 1830. Rozwój fabryki w Darmstacie i jego obecne rozmiary stanowią jednak dla niego pomnik „aere peraenius". Skromne laboratorjum apteki zamieniło się w wielkie przedsiębiorstwo, obejmujące setki gmachów na terenie 500.000 qm. Liczba zatrudnionych pracowników, która przy śmierci założyciela fabryki wynosiła zaledwie 55, zwiększyła się na przełomie stulecia do 1000, a w dwadzieścia lat później do 4.000. Statytyka z roku 1914 wykazała, że fabryka Mercka wyrabiała i dotarczała 10.000 artykułów.

Fabryka pracuje na podstawach czysto naukowych i rozporządza nowoczesnemi urządzeniami, m. i. posiada bibljotekę, składającą się z 25.000 tomów i 400 czasopism, wielkie chemiczne laboratorjum doświadczalne z wieloma pododdziałami, instytut farmakologiczny, wydział chemoterapeutyczny, wydział serologiczny i wydział ochrony roślin przed pasożytami, niezależnie od całego szeregu oddziałów naukowych, gdzie opracowuje się znane wydawnictwa Mercka jak „Jahresberichte, Mercks Index, Mercks Reagentienverzeichniss, Mercks Prüfung der chemischen Reagentien auf Reinheit" i t. d.

Do naukowych tych organizacyj należą również stale rozszerzane i uzupełniane laboratorja, kontrolujące czystość fabrykatów. Laboratorja te mieszczą się obecnie w obszernym gmachu o 25 pokojach z wieloma oddzielnemi laboratorjami, pokojami wagowemi, specjalnemi gabinetami do fizycznych i fizyko-chemicznych badań, a zaopatrzonemi w najnowsze aparaty, ultramikroskopy, interferometry i elektryczne aparaty do oznaczeń stałych. Oznaczenie czystości odbywa się z największą skrupulatnością według wszelkich przepisów Farmakopei. Dzięki tym urządzeniom i staranności wykonania wszelkich prac w laboratorjach, dostarczane z fabryki chemikalje, odznaczają się bezwzględną czystością, co w pierwszym rzędzie dotyczy chemikalij, przeznaczonych do badań naukowych. Sława odczynników Mercka i preparatów do analizy, używanych z doskonałemi rezultatami od dziesiątków lat we wszystkich krajach jest zupełnie usprawiedliwiona.

Głównym zadaniem fabryki było i jest wyrabianie alkaloidów. Alkaloidy i Glukozydy Mercka znane są na całym świecie. Do działu tego należy także otrzymywanie alkaloidów i ich pochodnych drogą syntetyczną. Wymienić dalej należy chemikalja i preparaty wyrabiane według przepisów poszczególnych Farmakopei, z chemikalij nieorganicznych: ługi żrące, chlorowcopochodne alkalij i ziem alkalicznych, sole żelaza, manganu, glinu, cynku, chromu, ołowiu, bismutu, arsenu, rtęci, srebra, złota i platyny, następnie wodę utlenioną, którą otrzymuje się nawet w koncentracji 60%, pozatem organiczne i nieorganiczne kwasy chemicznie czyste.

Z pośród organicznych chemikalij fabryka otacza szczególną pieczołowitością wyrób taniny i kwasu galusowego, pyrogalusowego i mlekowego, cukru gronowego, jak również całego szeregu pochodnych węgla, otrzymanych ze smoły pogazowej.

Z preparatów leczniczych, które zasłużyły sobie już wielkie uznanie, należy wymienić następujące specyfiki: Carbo medicinalis, Choleval, Dionin, Ephetonin, Ektebin, Eudokal, Jodipin, Perhydrol, Magnesium-Perhydrol, Stypticin, Theacylon, oraz Veronal i jego pochodne: Luminal i Phanodorm. Tabletki i ampułki wyrabia się w fabryce Mercka w wielkiej ilości. Merckowskie organopreparaty jak Ovaria siccata, Glandulae Thyreoidae sicc. i t. d. uznane są jako najpewniej działające środki. W oddziałach bakterjologicznych sporządzają się rozmaite sera, szczepionki i pożywki. Niedawno podjęto produkcję antirachitycznej witaminy — D „Vigantolu". Fabryka wyrabia także preparaty do niszczenia robactwa u ludzi, zwierząt (Cuprex) i roślin (Esturmit i t. d.).

Wielka ilość artykułów sporządzanych w fabryce Mercka wymaga oczywiście dużych składów i magazynów wysyłkowych. Same te składy zajmują już duży kompleks budynków i hal, rozrzuconych na przestrzeni 18.000 qm. Wszystkie oddziały magazynów znajdują się pod kierownictwem aptekarzy. Siedem wielkich składów służy do przechowywania preparatów. Napełnianie, odważanie, ułatwiają sprawnie działające aparaty. Pakowanie i wysyłka odbywa się przy uwzględnieniu różnic klimatycznych. Kilkaset robotnic znajduje przy tej pracy zatrudnienie.

Jest rzeczą zrozumiałą, że przedsiębiorstwo o tak wielkim zakresie, wymaga również licznych technicznych urządzeń. Do wytwarzania pary służą 3 kotłownie z 20 parowemi kotłami, wytwarzającemi miesięcznie około 14.000 t. pary. Co do elektryczności, to wytwarzana siła elektryczna wynosi 300—360.000 kilowatów miesięcznie. Własne instalacje wodociągowe dostarczają miesięcznie 110—125.000 cbm wody. Do transportowania towaru służa cztery własne parowe lokomotywy. Wysyłka towaru odbywa się z własnego dworca, który pod nazwą „Darmstadt-Merck" wciągnięty jest do rejestru kolei państwowych. Niezależnie od kolei szerokotorowej, funkcjonuje kolej wąskotorowa z 5 benzynowemi lokomotywami i 300 wagonami na przestrzeni 14,5 km.

Szereg dalszych urządzeń, między innemi jadłodajnie i sale opatrunkowe przeznaczone dla pracowników, uzupełnia wielkie to przedsiębiorstwo, którego istnienie i rozwój, jak to na wstępie zaznaczyliśmy, posiada własną kartę w historji przemysłu chemicznego. Godny zaznaczenia jest fakt, że obecni właściciele i kierownicy starają się utrzymać to honorowe miejsce, które zajął Henryk Emanuel Merck w historji nietylko Firmy Merck, lecz również przemysłu chemiczno-farmaceutycznego. Specjalnie zbudowane muzeum, gdzie zgromadzono różne przedmioty ze starej apteki Mercka, jak również urządzenia znajdujące się w fabryce przy jej założeniu, świadczą wymownie o utrzymaniu tradycji w zakładach chemicznych Mercka.

*J. B.*

---

## Z DZIEJÓW NAUKI POLSKIEJ.

Prof. Dr. MACHEK E. Lwów.

### Okulistyka we Lwowie w latach 1772 do 1927.

Podając szkic działalności i rozwoju zakładów i instytucji okulistycznych we Lwowie w latach od pierwszego rozbioru aż do chwili obecnej, skreślam krótki obraz kultury sanitarnej w zakresie pomocy dla chorych na oczy w południowo-wschodniej części ziem naszych.

W tym czasie rozwój czynności okulistycznych, wyrabiających się na ścisłą specjalność, opierał się przeważnie o instytucje sanitarne i naukowe a więc o szpitale, o zakłady oczne w Uniwersytecie i o lwowski Instytut medyko-chirurgiczny. A chociaż te instytucje, z naszego punktu widzenia, zawsze w trudnych a często wprost w niesprzyjających rozwijały się warunkach, możemy przecież stwierdzić, że szliśmy stale ku lepszemu. A dorobek choćby na tak ścieśnionem polu pracy lekarskiej, jest dorobkiem sanitarnej kultury kraju.

W czasach przedrozbiorowych w wieku ośmnastym, skutkiem nieszczęśliwych stosunków politycznych w Polsce, ucierpiały wszystkie dziedziny życia kulturalnego narodu, a także i medycyna. Stan stosunków medycznych byłej Galicji w tym czasie

przedstawił wyczerpująco prof. Wład. Szumowski [1]). Praktyką lekarską się trudnił, kto chciał. W miastach i po dworach magnackich byli lekarzami najczęściej cudzoziemcy, często awanturnicy nie mający żadnych kwalifikacyj lub egzaminów. Lekarzy swojego chowu nie mieliśmy a to dlatego, że nasze szkoły medyczne były w stanie zupełnego upadku [2]). Za Augusta III Koliegium medicum w Uniwersytecie Jagiel. składało się z 2 lekarzy a żaden z nich nie dawał kursów z nauk lekarskich. W Akademji Zamoyskiej medycyna w 18 wieku czynna nie była a w Uniwersytecie w Wilnie tylko de nomine istniała, de facto jej nie było. We Lwowie Jezuici uzyskawszy przywilej uniwersytecki od Jana Kazimierza usiłowali szczerze wprowadzić wykłady medyczne, ale niedopuściła do tego Akademja Krakowska poparta przez szlachtę i Sejm [3]). W Warszawie się na szkołę medyczną w czasach przed pierwszym rozbiorem nie zdobyto. Żyć tedy musiała Polska w tym okresie bez lekarzy wykształconych na własnych Uniwersytetach. Także w spółczesnej Austrji medycyna znajdowała się w rozpaczliwym upadku [4]). Pewna poprawa nastąpiła dopiero z reformą van Swietena (1750), która później do pewnego stopnia wpłynęła na zmianę stosunków sanitarnych we wschodniej Małopolsce.

W chwili pierwszego rozbioru Polski praktykowało we Lwowie 6 lekarzy, z których tylko 2 miało w porządku dyplomy. Obaj promocję odbyli w Paryżu. Reszta lekarzy studjami i egzaminami wykazać się nie mogła. Oprócz lekarzy leczyli we Lwowie także cyrulicy, do których należał kto był zapisany w księdze cechowej cyrulików a później urządził warsztat z wywieszonemi miedniczkami.

Nowy rząd zaborczy kierowany reformą van Swietena sprzeciwił się stanowczo leczeniu chorych przez nieaprobowanych lekarzy. Ustanowił we Lwowie Collegium medicum, które miało zorganizować służbę lekarską, sprawdzać dyplomy lekarzy i kształcić nowych lekarzy pomocniczych nazywanych w kraju chirurgami [5]). Na razie jednak nowych lekarzy nie było a więc cyrulicy dawni, chociaż nieco przycichli, z konieczności nadal chorych leczyli, wchodząc od czasu do czasu w konflikt z władzami sanitarnemi. Pomiędzycyrulikami byli także głośni specjaliści okuliści, czemu się dziwić nie możemy. W ich rękach już był w tym czasie azotan srebra przez Saint Yvesa († 1736) [6]) jako środek spojówkowy wprowadzony, który dotąd jeszcze jako najskuteczniejszy w tych chorobach stosujemy. Mogli nim opanować spojówkowe choroby oczne i to właśnie te, które są najdotkliwsze i najczęstsze, co cyrulikom ocznym wyrabiało dobrą reputację. Jednym z główniejszych okulistów we Lwowie, był cyrulik Abraham, zwany powszechnie doktorem Abrahamem, któremu władze sanitarne także jako nieaprobowanemu lekarzowi zabroniły wykonywania praktyki. Otóż właśnie u tego cyrulika chciał się w r. 1774 leczyć obywatel Bartłomiej Terlecki, który ciężko zaniemógł na oczy. Terlecki wniósł prośbę do Gubernium aby udzieliło Abrahamowi pozwolenia na leczenie jego choroby ocznej. Gubernium w tym przypadku dało zezwolenie, pod warunkiem, że leczenie odbędzie się w obecności Collegii medici [7]).

Chorzy na oczy leczyli się w czasach po zaborze także w szpitalach, których miał Lwów kilka. Najważniejszy był szpital św. Ducha ufundowany już w XV wieku, dalej szpital św. Łazarza w fundacje najzasobniejszy, św. Stanisława i Sióstr miłosierdzia. W roku 1788 fundusze kilku szpitali połączono w jedną fundację [8]), a w r. 1789 założono powszechny szpital lwowski istniejący dotąd na przedmieściu łyczakowskiem. Szpital umieszczono w budynku wybudowanym staraniem Pijarów i sufragana metropolitalnego ks. Głowińskiego, w którym poprzednio przez kilka lat znajdowało się Collegium nobilium scholarum Piarum, tak zwana Akademja stanowa dla szlachty. Odtąd szpital łyczakowski stał się głównem polem czynności lekarskiej we Lwowie, gdyż odtąd w szpitalu umieszczono najgłówniejsze instytucje lecznicze, zacząwszy od kliniki tak zwanego Uniwersytetu józefińskiego aż do klinik nowo powstałego wydziału lekarskiego. Główne zakłady o c z n e, które różne przechodziły koleje istnieją w szpitalu łyczakowskim od r. 1805 aż dotąd.

Budynek szpitalny później rozbudowano. Dobudowano naprzód wschodnie skrzydło dla szkoły położniczej w którem obecnie leżą chorzy Kliniki okulistycznej a później na gruntach ogrodu pijarskiego i innych dokupionych sąsiednich gruntach, rozbudowano kliniki nowo powstałego wydziału lekarskiego Uniwersytetu lwowskiego.

W szpitalu łyczakowskim z początku osobnego oddziału ocznego nie było, gdyż w XVIII wieku wogóle osobne oddziały oczne w Europie przy szpitalach nie istniały. Nie ulega jednak wątpliwości, że przygodnie leczono chorych na oczy na oddziałach chorób zewnętrznych lub chirurgicznych. I dziś u nas w mniejszych szpitalach prowincjonalnych leczą chorych na oczy na wspólnych salach chorych.

W r. 1784 otwarto tak zwany Uniwersytet józefiński we Lwowie, fundowany aktem rządowym w r. 1781. Wydział lekarski miał z początku tylko jedną klinikę dla chorób wewnętrznych prof. Capuano, którą umieszczono w szpitalu Sióstr miłosierdzia. W r. 1795 otwarto większą klinikę uniwersytecką dla sławnego internisty prof. Hildebranda niemca, który wykładał po łacinie i umieszczono ją w szpitalu powszechnym na Łyczakowie. Była to p i e r w s z a Klinika uniwersytecka czynna w zabudowaniu popijarskiem. Lwów miał wówczas 25.000 mieszkańców, był częściowo jeszcze murami otoczony. Uniwersytet józefiński mieścił się w dawnym klasztorze Trynitarzy przy końcu ulicy Krakowskiej, tuż pod bramą krakowską. Teraz musieli studenci medycyny chodzić na naukę kliniczną zamiast do blisko położonego szpitala Sióstr Miłosierdzia aż na Łyczaków, dokąd był dostęp trudny a odległość według mniemania ówczesnych mieszkańców wielka. Medycy czuli się pokrzywdzeni i żądali od rządu pieniędzy na dorożki [9]).

Profesorem o k u l i s t y k i i fizjologji zamianowano w r. 1791 Dr. Tomasza Sedeya, który był poprzednio nauczycielem fizjologji w Uniwersytecie w Wiedniu. Taka kumulacja katedr na mniejszych Uniwersytetach często się zdarzała. Sedey wykładał okulistykę tylko teoretycznie nie mając zakładu w którym by mógł leczyć chorych na oczy. W gronie profesorów lwowskich należał do znakomitych postaci i odznaczał się niezwykłą energją. Był przeważnie zajęty organizacją i sprawami Uniwersytetu. Nie pozostały po nim żadne ślady jego okulistycznej działalności i nic z okulistyki nie napisał. Ówczesny wydział lekarski bardzo mało miał uczniów, pomiędzy profesorami w ogóle istniały niesnaski a położenie finansowe i polityczne Austrji było trudne. Rząd przygotowując trzecią koalicję przeciwko Francji postanowił zamknąć Uniwersytet (1805) a przeważną część profesorów przeniósł do Krakowa. Tamże przeniósł się także prof. T. Sedey, gdzie był przez kilka lat profesorem okulistyki w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Z końcem XVIII wieku wykonywał pracę okulistyczną we Lwowie także Dr. Benedykt Riedel fizyk gminy żydowskiej. wzięty lekarz, który w r. 1798 chciał mieć wykłady z zakresu okulistyki na co się jednak Gubernium niezgodziło [10]). W tym czasie praktykował jako okulista także Dr. Kortum, brat słynnego z wymowy i wykształcenia referenta spraw uniwersyteckich u rządu Dr. Edw. Kortuma i ogłosił drukiem we Lwowie rozprawę o wzroście rzęs.

Z początkiem XIX wieku spostrzegamy szczególniejszą u Rządu troskę o chorych na oczy. Z wojen, które Austrja prowadziła z republiką francuską a potem z Bonapartem we Włoszech i w Niemczech, powracali z wojny do kraju inwalidzi, pobrani do wojska z Galicji, zakażeni śluzoropotokiem oczów i egipskiem zapaleniem, roznosząc zarazę po kraju. Rząd postanowił zwalczać epedemje oczu a to już z tego powodu, że komisje asenterunkowe wobec świeżych epidemij ocznych w kraju, musiały przy poborach do wojska wielu popisowych odstawiać z powodu chorób ocznych, a były to czasy wojenne i żołnierz był bardzo potrzebny. Zadanie zwalczania epidemij ocznych w kraju powierzono osobnemu specjaliście przy biurze sanitarnem w protomedykacie we Lwowie, któremu nadano tytuł: „krajowego lekarza ocznego dla Galicji i Bukowiny".

Obowiązkiem krajowego okulisty była organizacja walki z epidemjami ocznemi, i w tym celu miał objeżdżać perjodycznie kraj i leczyć chorych na oczy. Stałą jego siedzibą był Lwów a główniejszemi stacjami jego corocznych objazdów były Czerniowce, Przeworsk, Jarosław i Zebrzydowice. Krajowym okulistą zamianowano Dra Ernesta Chladeka ucznia głównego twórcy niemieckiej okulistyki przedoftalmoskopowej I. Józefa Beera, który był profesorem okulistyki w Uniwersytecie wiedeńskim.

W miejsce zniesionego józefińskiego wydziału lekarskiego założył rząd w r. 1805 Instytut medyko-chirurgiczny we Lwowie, który miał kształcić tak zwanych chirurgów, rodzaj lekarzy niż-

---

[1]) Szumowski: Galicja pod względem medycznym 1772—1783.
[2]) Szumowski: j. w. p. 28.
[3]) Finkel i Starzyński: Historja Uniwersytetu lwowskiego 1894 p. 19.
[4]) King Rudolf: Geschichte der Universität in Wien. 1854.
[5]) Finkel: j. w. p. 37.
[6]) Hirschberg: Geschichte der Augenheilkunde § 339.
[7]) Szumowski Wł.: j. w. pag. 97.
[8]) Rasp.: Beschreibung der Stiftungen des Bürgerspitals St. Lazar in Lemberg. Archiv f. öst. Gesch. T. 43.
[9]) Finkel: j. w. p. 116.
[10]) Finkel: j. w. p. 116.

szego stopnia, którzy mieli prawo wykonywania praktyki lekarskiej. Czas nauki trwał 3 lata. Absolwenci otrzymywali dyplom na patronów chirurgji. Uczyli w Instytucie profesorowie zwyczajni lub nadzwyczajni. Instytut medyko-chirurgiczny był czynny przez następnych 70 lat i to w zabudowaniach naszego szpitala powszechnego na Łyczakowie i przez tych 70 lat rozwój czynności okulistycznych we Lwowie był z nim ściśle połączony.

Celem zapoznania uczniów Instytutu z leczeniem chorób ocznych zobowiązano Dra Ernesta Chladeka, krajowego okulistę do udzielania zleconych wykładów w formie kursów okulistycznych na materjale szpitala powsz. Był to pierwszy początek leczenia chorych ocznych przez osobnego specjalistę w szpitalu naszym i pierwsza w tymże systematyczna nauka okulistyki na chorym. Chorzy umieszczeni byli na oddziałach zewnętrznych a później w dwóch osobnych pokoikach. Tak powstał mały oddział oczny, z początkiem tylko perjodycznie czynny, oficjalnie jeszcze niezatwierdzony. Późniejsi nauczyciele po Chladeku byli profesorami nadzwyczajnymi lub zwyczajnymi Instytutu medyko-chemicznego. Sejm ówczesny i Wybór stanowy uznawały czynność Chladeka i subwencjonowały jego podróże po kraju z funduszów krajowych [11]).

Po Kongresie wiedeńskim Franciszek I powołał do życia nowy Uniwersytet we Lwowie (1817 r.) o trzech wydziałach bez medycyny, którą miał zastąpić przed kilkunastu laty utworzony Instytut medyko-chirurgiczny. Połączenie tegoż z Uniwersytetem było dość ścisłe a profesorowie Instytutu byli jako uniwersyteccy uważani. Najlepszym tego dowodem jest, że Uniwersytet często wybiera kierowników i profesorów Instytutu medyko-chirurgicznego na swoich Rektorów. Rektorami Uniwersytetu we Lwowie byli w r. 1806 Wawrzyniec Pressen kierownik Instytutu medyko-chirurgicznego, w r. 1820 profesor Stecher von Sebewitz, położnik, w r. 1824 prof. Krausneker anatom, w r. 1836 Franciszek de Paulo Neuhauser, internista, w r. 1840 Franc. Babel de Fronsberg senior studjów chirurgicznych a oprócz tych jeszcze inni. Niektórzy z profesorów lwowskich objęli później katedry we Wiedniu. Wspomnę tylko o Berresie i Vojgcie sławnych anatomach, o interniście Dufcheku, który objął katedrę po Skodzie.

W r. 1821 objął wykłady okulistyki w Instytucie Dr. Antoni Sławikowski urodzony we Lwowie 1794, uczeń i asystent już wspomnianego prof. Beera w Wiedniu. Jeszcze za pobytu we Wiedniu powoływano Sławikowskiego do Wilna ale rokowania o katedrę się rozbiły (1819). Powróciwszy do Lwowa został sekundarjuszem kliniki chorób zewnętrznych, później fizykiem w szpitalu Sióstr Miłosierdzia i krajowym lekarzem chorób ocznych a wreszcie uzyskał tytuł nadzwyczajnego profesora Instytutu medyko-chirurgicznego. Sławikowski miał już oddział o 20 łóżkach i na tym materjale wykłada. Finkel w Historji Uniwersytetu lwowskiego pisze: „Na stanowiskach swoich zyskał sobie Sławikowski nietylko szacunek i sławę ale cześć i miłość społeczeństwa. Podczas cholery w roku 1831 wspólnie z profesorem Berresem niósł dotkniętym zarazą pomoc. Przyczynił się nie mało do powstania zakładu głuchoniemych a zwłaszcza ciemnych". W całym kraju był wziętym okulistą. W roku 1851 przeniósł się do Krakowa. Rzeczpospolita krakowska właśnie utraciła swoją suwerenność (1846), a Kraków przyznano Austrji, która zorganizowała Uniwersytet Jagielloński. Nowo utworzoną katedrę okulistyki oddano Sławikowskiemu, chociaż Uniwersytet krakowski życzył sobie powołania na katedrę Dr. Szokalskiego z Paryża. Lwów żegnał Sławikowskiego bardzo uroczyście a Gazeta lwowska umieściła sympatyczny wiersz pożegnalny J. Ściborskiego sławiący Lwów opuszczającego lekarza. Jako profesor okulistyki służył w Krakowie jeszcze 19 lat. Zmarł tamże na udar mózgowy w roku 1870.

Sławikowski ogłosił drukiem z okulistyki: Pogląd na rozwój zaćmy, ślepoty i t. d. Kraków 1814. Ueber epidemische Augenentzündungen. Wien 1849. (Oest. med. Jahrb.). — Badania okulistyczne Warszawa 1853. (Pamiętnik Tow. lek). — Zapalenie spojówki. Kraków 1862. Przegl. lek. — O chrzęstku oka Przegl. lek. 1864. — Czarna krosta na powiekach. Przegl. lek. 1864. — Pogląd na rozwój początkowy zaćmy, ślepoty ocznej i zieleniaka, 1862. — Oprócz tego dwie rozprawy o cholerze 1832 i 1848. Wreszcie w Wiedniu 1819 dysertację doktorską „De verminibus" 1819.

Sławikowski stał w czasie pobytu we Lwowie na wysokości współczesnej nauki. W roku wynalezienia wziernika ocznego przeniósł się na katedrę krakowską. W latach, które przebywał w Krakowie powstała nowa okulistyka. Niewątpliwie znał nowe zdobycze naukowe ale już nie dość energicznie się starał zaznajomić swoich uczniów z wynikiem nowej nauki co po części usprawiedliwia powiedzenie Talki „że pod koniec życia pozostał nieco w tyle od postępu" [12]). Uwidoczniło się to szczególnie odkąd Dr. Lucjan Rydel, uczeń Arlta, rozpoczął w Krakowie swoją czynność nauczycielską, jako docent okulistyki.

W czasie pobytu swego we Lwowie nie napisał Sławikowski żadnej pracy okulistycznej po polsku, dopiero po przeniesieniu się do Krakowa ogłosił kilka rozpraw. W terapji był dobrze spostrzegającym empirykiem. Twierdził, że jaskrę zapalną można często wyleczyć opiatami i wpuszczał w tych przypadkach tynkturę opiową do oka, czemu się Talko, widząc to w klinice Sławikowskiego dziwił [13]). O ile się jednak udało opiatami zwęzić źrenicę, działały na ucisk śródoczny jak pilokarpina i ezeryna. Objawy zapalne i bolesność ustępowały często na dłuższy czas a w braku innych zwężających źrenicę środków miały opiaty wielką wartość.

Dok. nast.

[11]) Finkel: j. w. p. 277.

[12]) Talko: Księga Jubileuszowa p. 71.

[13]) Talko: j. w. p. 70.

---

## MEDYCYNA SPOŁECZNA.

### Państwowa Naczelna Rada Zdrowia.

W najbliższym czasie ma się odbyć w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych pierwsze inauguracyjne posiedzenie Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia, powołanej do życia na mocy rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 listopada 1927 r. (Monitor Polski Nr. 281 poz. 771).

Rada ta jest organem doradczym i opinjodawczym Ministra Spraw Wewnętrznych w sprawach sanitarnych.

Do zakresu jej działania należy:

1. rozważanie i opinjowanie projektów ustaw oraz zasadniczych rozporządzeń z zakresu spraw zdrowotnych i higjeny społecznej;

2. rozważanie spraw, dotyczących zdrowotności i higjeny społecznej, a wymagających łącznej działalności władz państwowych i samorządowych oraz czynników społecznych;

3. rozważanie zamierzeń i omawianie akcji poszczególnych władz centralnych w sprawach zdrowotnych i higjeny społecznej, prowadzonych przez te władze, w celu koordynowania działalności i zapewnienia zainteresowanym władzom potrzebnego wzajemnego współdziałania;

4. rozważanie i opinjowanie wszelkich innych spraw z dziedziny zdrowotności publicznej, wnoszonych do Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia przez Ministra Spraw Wewnętrznych;

5. przedstawienie z własnej inicjatywy Ministrowi Spraw Wewnętrznych, a za jego aprobatą i pośrednictwem i innym władzom centralnym, projektów nowych środków i zarządzeń, mających na celu rozwój zdrowotności w Państwie i usunięcie braków w tej dziedzinie.

Skład Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia stanowią:

1—3. Trzej przedstawiciele Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, a mianowicie: Dr. E. Piestrzyński, Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia, Dr. J. Adamski, Zastępca Dyrektora Departamentu, i Dr. W. Chodźko, Kierownik Państwowej Szkoły Higjeny, b. Minister Zdrowia Publicznego.

4—10. Po jednym przedstawicielu Ministerstw: Spraw Wojskowych, Pracy i Opieki Społecznej, Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, Rolnictwa, Komunikacji, Robót Publicznych oraz Przemysłu i Handlu w osobach: p. pułk. Dra Gorczyckiego Zastępcy Szefa Departamentu Sanitarnego Min. Spraw Wojsk., Naczelników Wydziałów: p. Bronisława Krakowskiego, Dra Marjana Reitera, Dra Jana Kiszkiela, oraz Radców ministerjalnych: p. inż. B. Pawlucia i p. B. Lubińskiego.

11. Dr. Ludwik Hirszfeld, jako zastępca Naczelnego Dyrektora Państwowego Zakładu Higjeny.

12—16. Przedstawiciele Wydziałów Lekarskich Uniwersytetów w Polsce po jednym od każdego Uniwersytetu: Prof. Dr. A. Czyżewicz z Warszawy, Prof. Dr. St. Ciechanowski z Krakowa, Prof. Dr. Wł. Sieradzki ze Lwowa, Prof. Dr. E. Piasecki z Poznania i Prof. K. Karaffa-Korbut z Wilna.

17 i 18. Przedstawiciel Akademji Medycyny weterynaryjnej we Lwowie, Prof. Dr. Zygmunt Markowski, oraz przestawiciel Wydziału Weterynaryjnego Uniwersytetu w Warszawie, Prof. Magister J. Gardziałkowski.

19. Przedstawiciel Naczelnej Izby Lekarskiej Dr. J. Bączkiewicz, Przewodniczący Naczelnej Izby Lekarskiej.

20. Przedstawiciel Związku Miast Dr. Józef Zawadzki.

21. Przedstawiciel Związku Sejmików Powiatowych p. Józef Bek.

22. Przedstawiciel Zarządu Ogólno-Państwowego Związku Kas Chorych Dr. Henryk Kłuszyński.

23—27. Pięciu członków, powołanych przez Ministra Spraw Wewnętrznych z pośród przedstawicieli naukowego świata lekarskiego i znawców spraw higjeny oraz administracji sanitarnej w osobach: pp. Prof. Dra Gantkowskiego z Poznania, Dra P. Rudzkiego z Warszawy, Dra R. Kunickiego z Krakowa, Dra B. Koszutskiego z Kalisza i Dra A. Tomaszewskiego z Łodzi.

Przewodniczącym Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia jest Minister Spraw Wewnętrznych, jego zastępcą Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych.

Przepisy, normujace organizację Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia, przewidują, iż Rada ta wyłoni dla poszczególnych kierunków swej działalności sekcje, którym może przekazać wydawanie opinij i uchwalanie wniosków w ramach kompetencji Rady. Za zgodą Ministra Spraw Wewnętrznych w skład sekcji mogą wejść z prawem głosowania osoby, kooptowane przez Państwową Naczelną Radę Zdrowia w skład sekcji mogą być ponadto zapraszani rzeczoznawczy, mający głos doradczy.

Państwowa Naczelna Rada Zdrowia opracowuje swój regulamin wewnętrzny, który uzyskuje moc obowiązującą po zatwierdzeniu go przez Ministra Spraw Wewnętrznych.

---

## OCENY.

Dr. Robert Bernhardt: *Podstawy etjologji i patogenezy ogólnej schorzeń skóry*. (Nakładem Trzaski, Ewerta i Michalskiego, str. 203).

Leży przedemna książka zasługująca pod każdym względem na szczególniejsze wyróżnienie, na ocenę najpochlebniejszą. Książką tą jest wymieniona w nagłówku książka R. Bernhardta, wydana w roku bieżącym. Autor podręcznika „Chorób skóry“, a nadewszystko świetnej w ujęciu *„Semjotyki chorób skóry“*, wydanej w r. 1925 (że wymienię tylko prace Autora najpoważniejsze) wzbogacą znów dermatologję polską pracą nową, głęboko przemyślaną, i świetnie opracowaną.

W książce tej trzeba chwalić poprostu wszystko: bo i ujęcie przedmiotu szerokie i nawskróś nowoczesne, i sposób przedstawienia, i wyrażanie myśli przejrzyste i jasne, i język, i styl poprawny, i staranną korektę, i wytworną szatę zewnętrzną. Nad wszystkiem jednak góruje temat, cel istotny książki, i konsekwentne, od pierwszej do ostatniej strony, przeprowadzenie poglądów Autora, jak należy rozumieć schorzenia skóry, oparłszy je na *„podstawach etjologji i patogenezy ogólnej“*, t. j. związawszy dermatologję z prawami ogólnie w patologji uznawanemi z prawami biologicznemi, nie mniej jak je rozumieć w szerokiem ujęciu ich mechanizmu patogenetycznego, ich powstawania i tworzenia się.

To co w myśl poglądów Hueppe'go i Strümplla obowiązuje w patologji, jako całości, obowiązuje także w schorzeniach skóry. T. zw. „choroba“, „jest sprawą energetyczną, którą można określić jako funkcję *usposobienia* zmiennego *(praedispositio), bodźca* zmiennego, oraz *warunków* zewnętrznych zmiennych“.

To jest myślą przewodnią Autora, tej wytycznej trzyma się wiernie, przez cały ciąg swych wywodów, podkreśla ja wszędzie i zawsze, a że umie pisać i myśleć krytycznie, trzeźwo i jasno, przykuwa czytelnika do tematu. W rozumowaniu Bernhardta niema dowolności, niema wygodnych ustępstw, lub hipotez wyrwanych i umiejętnie dostosowanych, czy przekrojonych dla obrony tego czy innego poglądu, jest natomiast i przebija wszędzie i jasno jedno: szczerość i prawda, i gorliwe niemal namiętne dążenie do wykrycia prawdy istotnej.

Prawdy tej, zdaniem Bernhardta, odnośnie do przyczyn i patogenezy chorób skórnych należy szukać w *biologji* i *patologji ogólnej*, nie w prawach do *skóry jedynie* dostosowanych, bo takich praw odrębnych niema, bo skóra jest narzadem ściśle z ustrojem jako całością związanym, bo „w wypadkach sobie wiadomych przemądra przyroda kreśli w skórze pismo zgłoskami tajemniczemi“, bo wreszcie one to, owe zgłoski tajemnicze „zawierają wskazówki, a częstokroć prawdę o przyczynach i sposobach powstawania schorzeń skórnych“. Na tej podstawie, na tem tle, jak na kanwie, rozsnuwa przed nami Autor wzorzysty obraz rozmaitych schorzeń skóry, omawiając szczegółowiej pewne typy schorzeń skóry i łacząc je umiejętnie ze soba, o ile bez sztucznego przymusu połączyć się dadzą, o inne potrącając zaledwie, jakby chciał dać do zrozumienia, że i one kiedyś w razie postępu naszego *poznania* dadzą się w sposób naturalny w tę lub inną grupę włączyć, a stale i wszędzię podkreśla wyraźnie, że rozmaitość obrazów chorobowych zawisła jest nie tyle od przyczyn i bodźców, ile raczej od podłoża, od właściwości konstytucjonalnych ustroju, wrodzonych, lub nabytych.

Wyczuwa się poprostu jako stałą prawie myśl Autora, przewijającą się niemal przez wszystkie karty, ową nić wspólną, ową dążność do pojmowania chorób skórnych, jako biologiczny odczyn skórny ustroju, w ten, lub inny sposób schorzałego. Wyczuwa się też pewnego rodzaju sprzeciw przeciw tworzeniu, tak dziś modnemu, coraz to nowych, a dostatecznie nieuzasadnionych jednostek chorobowych, przeciwnie dostrzega się dążność łączenia objawów pozornie różnych w grupy coraz ściślej związane i zwarte.

Autor uznaje doniosłość systematyki, za którą „ogląda się nietylko uczeń ale i nauczający“ ale systemu jednolitego ani sam nie wprowadza, ani nie przypuszcza, by system jakikolwiek w obecnych warunkach, przy obecnym stanie wiedzy mógł być na tyle ścisły i doskonały, by wszystkich zadowolił. Stąd opiera się sam głównie na układzie dwu postaciowym: etjologiczno anatomicznym i etjologiczno patogenetycznym. Układem tym posługuje się w sposób wysoce umiejętny i w logicznym wyniku tego postępowania daje nam w omawianej książce, skończoną całość zakreślonego tematu.

W książce Bernhardta nie brak niczego, co może zainteresować nowoczesnego dermatologa.

Całość rozpada się na dwie zasadnicze części, a to na:

1) Czynniki *usposabiające* wewnętrzne (konstytucjonalne),

2) Czynniki *wywołujące* zewnętrzne.

Obie części łączą się ściśle ze sobą, a choć każda rozpada się na szereg osobnych rozdziałów, jakiejś nużącej systematyki, sztuczności układu nie wyczuwa się nigdzie, w żadnym rozdziale czy ustępie, przeciwnie wszędzie znajdzie czytelnik przejścia płynne i gładkie. To właśnie przykuwa uwagę do książki Bernhardta, czyni ją łatwo dostępną, prostą i zrozumiałą.

Bernhardt z podziwu godną łatwością, przy omawianiu wspólnych lub odrębnych czynników etjologicznych, przy uzasadnianiu patogenezy, przytacza zawsze tak dużą ilość przykładów, przypomina tyle obrazów chorobowych pokrewnych, lub bliskich, operuje tak zręcznie a przytem tak krytycznie danemi z piśmiennictwa, a co ważniejsze, danemi zaczerpniętemi z własnych spostrzeżeń, że każdy bezstronnie przyznać musi, iż na książkę o podobnie silnej, a zdrowej argumentacji zdobyć się mógł tylko dermatolog i oczytany wszechstronnie i, co ważniejsza, praktyk i klinicysta pierwszorzędny.

Postawienie na pierwszem miejscu „czynników usposabiających wewnętrznych“ a na miejscu drugiem dopiero, jakby na drugim planie, „czynników wywołujących zewnętrznych“ (czynniki mechaniczne, cieplne, aktyniczne, chemiczne, pasorzytnicze) uważam za myśl bardzo szczęśliwa i dydaktycznie celową.

Osiągnął przez to Autor cel zamierzony w sposób dwojaki: po pierwsze wykazał, że czynniki pierwsze (konstytucjonalne) odgrywają rolę bodaj, że dominującą, a powtóre, wdrożył niejako czytelnika i przygotował do pojmowania czynników wywołujących zewnętrznych, jako jednej tylko, ale nie *jedynej* (jak się niestety zbyt często mniema), z funkcyj dających dopiero na terenie osobniczo odrębnym odmienne obrazy kliniczne tej samej choroby.

Książka Bernhardta jest owiana duchem nowoczesnym; przeczyta ją z pewnością z żywem zajęciem a zapewne i z dużym pożytkiem każdy dermatolog i śmiem przypuszczać odniesie to samo dodatnie wrażenie, co piszący o niej sprawozdawca. Uczeń, (ale uczeń już dobrze obznajomiony z dermatologją) rozszerzy sobie znacznie pogląd na ten dział chorób, nauczy się patrzeć szerzej i ujmować zagadnienia dermatologiczne z szerszego horyzontu wiedzy biologiczno lekarskiej.

Wspomniałem na wstępie o języku i stylu poprawnym książki, a że Autor szczególniejszą do tego przywiązuje wagę, pozwolę sobie zwrócić uwagę na słowa i wyrażenia brzmiące może obco dla ucha lekarzy Małopolski a mianowicie zamiast *„świerzby“* używamy słowa: „świerzb“ zamiast „objawozbioru“ słowa: „zespół“, zamiast „rażenia słonecznego“ słowa: „udar słoneczny“; „upaznokcienie“ jest zapewne wzorowane na „uwłosieniu“ czy „owłosieniu“ ale brzmi obco i twardo, a już stanowczo nie możnaby się zgodzić na zwroty, osobowo pojete, takie jak: „grzybice właściwe zwierzętom *rokują* pomyślniej“ (str. 173), „trąd nie *spostrzega się*“ (str. 184), „prątki wtarte w skórę *wykrywają* się“ (str. 192) lub wreszcie „można przytrzymać się planu“ (str. 184). Czy urobione umyślnie słowa: „gruźliczak“ = tuberkulid i „grzybiczak“ = trichophytyd da się wprowadzić do mianownictwa polskiego czas pokaże.

W końcu jedna uwaga.

W uprzejmym liście prywatnym, załączonym do ofiarowanej mi pracy, będącej przedmiotem niniejszej oceny pisze mi Sza-

nowny Autor, że jest to przedostatnia Jego praca, że mię później cenami trudzić nie będzie.

Gdzieś czytałem słuszne zdanie — błąka się jeszcze w mej pamięci: „Nie trzeba bowiem zapominać, że medycyna naukowa nie zna zakończenia dociekań". ....Szukam, by je odnaleźć. Ach! jest! To słowa Autora omawianej książki! Znajdzie je Czytelnik i Autor w tejże książce na str. 3, siódmy wiersz od góry. Wierzę w ich prawdziwość i gorąco życzę Autorowi, by wziąwszy je sobie do serca, wziął je także za nakaz, dalszej, dotychczas zawsze owocnej pracy.

*J. Lenartowicz* (Lwów).

---

## BIBLIOGRAFJA.

### Artykuły oryginalne w czasopismach.

### Piśmiennictwo polskie.

*Rocznik psychjatryczny*, rok 1928, zeszyt VII: W. Łuniewski: Psychoza szałowo-posępnicza w kazuistyce sądowo-psychjatrycznej. — R. Becker: Choroby umysłowe u żydów. — J. Nelken: Niepamięć wsteczna po postrzale głowy. — Zabójstwo i samobójstwo. — B. Świetłow: Zaburzena psychiczne w gigantyzmie. — I. Medem: O zespołach odczynów płynu mózgowo-rdzeniowego. — S. Zamecki: O reakcji Buscaino. — S. Błachowski i S. Borowiecki: Epidemja psychiczna w Słupi pod Środą. — R. Radziwiłłowicz: Cechy psychjatrji jako nauki biologicznej. — I. Morawski: Stany manjakalno-depresyjne objawowe. — M. Bornsztejn: Psychoza manjakalno-depresyjna w świetle psychoanalizy. — W. Łuniewski: Nowa gospodarka psychjatryczna w świetle cyfr 1926 r. — Projekt rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o opiece nad sposobami psychicznie choremi.

*Trzeźwość*, rok 1928, Nr. 2: P. Gantkowski: Alkoholizm a charakter. — A. Sedieb: Alkohol w przysłowiach francuskich. M. Skiba: Alkoholizm inteligencji. — Konferencja Polskich organizacyj kobiecych. — Kurs alkohologji. — M. Skiba: Z wędrownej wystawy trzeźwości. — L. Włodarczyk: Rysunek.

*Nowiny lekarskie*, rok XL, zeszyt 6, z 15 marca 1928: M. Krotoska: Przypadek obustronnego braku kości promieniowej u dziecka 8-letniego. — E. Wajs i H. Waserman: O pochodzeniu ciał wewnątrz-ustrojowych naruszających normalną równowagę kwasowo-zasadową ustroju (dok.). — A. W. Kapłan i I. Konopnicki: O leczeniu cukrzycy insuliną. — P. Smolaga: O zarośnięciach szyjki macicy. — H. Hufnagel: Kilka uwag krytycznych o stosowaniu związków wapniowych w lecznictwie. — S. Kozłowski: Wrzód żołądka i dwunastnicy w obrazie rentgenowskim.

*Medycyna*, rok II, Nr. 12, z 24 marca 1928: W. Janusz i I. Szymanowicz: Kamień mózgu oraz powody i sposoby jego powstawania. — M. Petrynowski: Obniżenie zasobu zasad w surowicy krwi jako probierz wydolności czynnościowej nerek. — H. Gromadzki: W sprawie leczenia nadżerek części pochwowej i wywinięć błony śluzowej szyjki macicznej. — M. Zwejgbaum: Życiorysy.

*Higjena życia codziennego*, rok III, Nr. 3, z 15 marca 1928: Artykuły poświęcone popularyzacji higjeny.

---

## PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

### Piśmiennictwo niemieckie.

### Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin.

VIII B.,1—2 H.

Katz: *Pęknięcie namiotu móżdżka u noworodków i ich znaczenie sądowo-lekarskie.* Znajomość przedarć namiotu móżdżka jest bardzo ważna, gdyż mogą one być przyczyną niejasnej śmierci noworodka, bądźto jako obrażenia porodowe, bądźto jako następstwa urazu w główkę. Autor podaje na 81 sekcyj sądowych noworodków w 23 przypadkach jako przyczynę śmierci przedarcie namiotu z wylewem krwawym, do jamy czaszki. Zdarzają się one często przy porodzie ulicznym, są także często pośmiertne, wtedy jednak pośmiertnego ich pochodzenia dowodzi brak wylewu krwawego do jamy czaszki, który stale towarzyszy przyżyciowemu przedarciu namiotu. By uniknąć powstawania tych obrażeń przy sekcji należy główkę noworodka rozcinać wzdłuż szwów nożyczkami, zaczynając od ciemienia dużego i wyciąć otwór celem wyjęcia mózgu w przedniej części czaszki, pozostawiając przy podstawie czaszki potylicę. W ten sposób da się namiot dokładnie obejrzeć i odpreparować.

Borchers: *Doświadczenia na podstawie 92 sekcyj sądowych noworodków z uwzględnieniem przypadku wrodzonej obustronnej nerki torbielowatej.* Na 47 przypadków sekcyj noworodków żywo urodzonych wykazał autor w 35% śmierć gwałtowną. Z 16 przypadków śmierci noworodków nieślubnych w 100% wykazano śmierć gwałtowną. W 9 przypadkach z powodu zgnilizny nie było zupełnej pewności śmierci gwałtownej. Noworodki znachodzono najczęściej w wodzie (materjał sekcyjny z Hamburga), najczęstszym zaś sposobem dzieciobójstwa było zamknięcie górnych dróg oddechowych. W dwóch zaledwie przypadkach stwierdzono rozbicie czaszki, w dwóch spalenie, w jednym przypadku zaś rozkawałkowanie, w jednym utopienie. Dwa razy stwierdzono wady rozwojowe a mianowicie: u jednego noworodka brak nerki lewej i lewego moczowodu, w drugim zaś przypadku wrodzone zarośnięcie przewodu pęcherzyka żółciowego. Autor zajmuje się dokładniej jednym przypadkiem obustronnej nerki torbielowatej, przyczem wielkość każdej z nerek przekraczała wielkość nerki dorosłego. Wątroba też okazywała torbiele, serce zaś było dość znacznie przerosłe. Jako przyczynę śmierci przyjmuje autor w ostatnim przypadku porażenie serca noworodka wśród ciężkiego porodu. Co do niezdolności do życia pozałonowego, to autor w tym przypadku, wobec utrzymanego częściowo miąższu nerek kwestji tej stanowczo nie jest w możności rozstrzygnąć; w razie niezdolności do życia pozałonowego wpłynęłoby to na zmniejszenie kary za dzieciobójstwo.

Boettinger: *Diagnoza różniczkowa między schorzeniami zewnątrz a wewnątrz-mózgowemi.* Do całego szeregu odruchów skórnych i ścięgnistych spostrzeganych przy schorzeniach systemu nerwowego centralnego jak to: Babińskiego, Oppenheima Mendel-Bechterewa, Rossolimy, Gordona i Trömmera autor dodaje zauważony przez siebie, który powstaje przy silnem pocieraniu palcami brzegu przedniowewnętrznego kości goleniowej w jej części górnej. Odruch ten nie występje współrzędnie z Babińskim, ale, — jak autor na podstawie licznych obserwacji z oddziału nerwowego w Hamburgu wykazuje, — występuje przy powierzchownych uszkodzeniach kory mózgowej, zapaleniach opon mózgowych, ucisku mózgu od zewnątrz, wogóle więc przy zmianach powierzchownych w korze mózgowej, — nie występuje zaś przy zmianach w samym mózgu. Może więc doskonale pomagać w diagnostyce różniczkowej schorzeń zewnątrz a wewnątrz-mózgowych.

K. Boettinger: *Uszkodzenia nerek narzędziem tępem, ich leczenie i prognoza.* Co do sposobu powstawania tych uszkodzeń, to wszystkie teorje według autora mają rację a więc i contrecoup, ciśnienie hydrauliczne, bezpośrednie zmiażdżenie o dolne żebra itd. Usposobienie do pęknięcia stanowią: przekrwienie nerek, zastój moczu, gruźlica, ropienie. Częstość pęknięcia nerek stoi na 3-ciem miejscu (1) wątroba, 2) śledziona). Pęknięcia nerek są częstsze u mężczyzn, jednak z tego względu, że mężczyzn o wiele częściej dotykają urazy i obrażenia. Częstsze są stłuczenia nerek niż pęknięcia, wśród pęknięć zaś odróżnia się różne stopnie, przyczem najcięższe połączone są najczęściej z obrażeniami z zewnątrz. Co do nephritis traumatica, to autor zachowuje się sceptycznie. Jeśli chodzi o rozpoznanie uszkodzenia nerki to nie musi, nawet przy ciężkich obrażeniach, wystąpić hematurja. Co do leczenia obrażeń nerek, to autor wypowiada się za leczeniem zachowawczem na podstawie materjału szpitalnego z Hamburga, obejmującego 91 przypadków, z których 64 dały się wyleczyć tylko leczeniem zachowawczem. Nigdy ani autor, ani kierownik szpitala nie operują natychmiast po stwierdzonem uszkodzeniu nerki; operuje się tylko wtedy, gdy jest niebezpieczeństwo skrwawienia lub komplikacje (ropnie, ropowica, nacieczenie moczowe), które wogóle są bardzo rzadkie; hematurja nie jest nigdy wskazaniem do zabiegu operacyjnego.

Fuchs: *Ciąża trąbkowa i jej znaczenie w medycynie sądowej.* Autor podaje powody i sposób powstawania ciąży trąbkowej na podstawie dawniejszego piśmiennictwa oraz własnego materjału (18 przypadków). Jako miejsce osiedlenia jaja płodowego prócz ampulla tubae często stwierdził isthmus tubae. Przyczyny powstania ciąży trąbkowej mogą tkwić w jaju lub trąbce, najczęściej jednak nie można sekcyjnie stwierdzić przyczyny. Średni wiek kobiet z ciążą trąbkową wynosił 31 lat. Ciąża trąbkowa ma często znaczenie sądowo-lekarskie a mianowicie wynik sekcji często dopiero wyjaśnia właściwą naturalną przyczyne śmierci. Gdy jest podejrzenie śmierci gwałtownej w następstwie otrucia, urazów itd.,

to pęknięcie trąbki przy ciąży pozamacicznej stwierdzone przy sekcji zmniejsza znacznie wskutek „szczególnego usposobienia" odpowiedzialność osoby obwinionej. Jeśli chodzi o spędzenie płodu, to może się ono zdarzyć przy ciąży trąbkowej i w jego następstwie może wystąpić pęknięcie trąbki, co jednak musi nastąpić natychmiast po zabiegu. Gdy jest ciąża śródmiąższowa, to można pęknięcia samoistnego często nie odróżnić od przebicia, wykonanego sztucznie.

Knack: *Paratraumatyczna gruźlica płuc.* Żołnierz lat 22, zupełnie zdrów, doznał ciężkiego postrzału w ramię prawe, tak, że mu wykonano amputację w połowie ramienia. Za miesiąc rozwinęła się u niego gruźlica płuc, szczególnie płuca prawego, na którą wreszcie po 9 miesiącach zmarł. Zmiany w płucach rozpoczęły się od górnego, prawego płata a więc w miejscu, najbliższem urazu. W drugim przypadku opisuje autor u żołnierza, który otrzymał dwa postrzały w rękę i jeden w głowę, ognisko stłuczeniowe w górnym płacie płuc po stronie zranionej ręki bez naruszenia klatki piersiowej. Autor tłumaczy powstanie tego stłuczenia przeniesieniem siły postrzału przez ramię i łuk barkowy na klatkę piersiową, o którą uderzyło płuco. W takim ognisku stłuczeniowem może rozwinąć się garużlica.

Knack: *Przyczynek do problemu Häussera.* Autor wskazuje na szerokie rozpowszechnienie w Niemczech czci dla psychopaty Häussera nie tylko po miastach ale i na prowincji. Autor radzi zawsze jak najszybciej przywódców jakichś „ruchów" wśród ludności badać psychjatrycznie. Wreszcie przytacza dwa listy, pisane do siebie, przez „proroka" Häussera.

Kohfal: *O nadużywaniu heroiny.* W ostatnich czasach rozpowszechniło się w Niemczech używanie heroiny, jako środka odurzającego, który to środek dotychczas znany był przeważnie tylko w Ameryce. Objawy chronicznego zatrucia heroiną są następujące: bladość skóry, zły stan odżywienia, drżenia, czasem zaburzenia naczynioruchowe, brak apetytu, przy wdychiwaniu zaś heroiny przez nos podrażnienia błony śluzowej nosa. Z zaburzeń psychicznych bardzo szybko po zażyciu heroiny występuje wzmożona zdolność do wykonywania czynności, uczucie zadowolenia, przy większych zaś dawkach zaburzenie wzroku, uczucie strachu, najcięższe zaś objawy wszelkich dolegliwości występują przy abstynencji od tego środka. Co do sposobów zażywania, to z początku stosowano go per os, jako tabletki, potem wdychiwano przez nos, obecnie zaś stosuje się najczęściej jako wstrzykiwania podskórne. Ilość zażywanej heroiny waha się według różnych statystyk od 0,25 do 1,92 g dziennie. Odzwyczajenie musi się odbywać systematycznie, zwolna, przy objawach zaś ze strony serca i oddychania raczej należy podawać małe dawki morfiny, niż heroiny, potem zaś adalinę. W Niemczech obowiązuje obecnie t. zw. ustawa o opium, dotycząca też heroiny, zabraniająca przywozu i wywozu oraz handlu tym środkiem. Wglądnąwszy w akta policyjne w Hamburgu, gdzie handel zakazany jest dość rozległy, przekonał się autor, że heroinę najczęściej sprzedają marynarze i cudzoziemcy obojga płci za cenę dwa do trzy razy wyższą od aptecznej. Konsumentami są zwykle osobniki mniej wartościowe, często prostytutki, alkoholicy, kelnerzy i marynarze. Chroniczni heroinicy nigdy nie popełniają czynów gwałtownych, a więc heroina nie powiększa ilości przestępców.

Koopmann: *O śmierci gwałtownej z przyczyn naturalnych.* Z opracowania materjału sekcyjnego od r. 1919 do 1925 szpitala w Hamburgu, obejmującego 764 sekcyj policyjno-sanitarnych i 75 sądowych osób zmarłych śmiercią nagłą naturalną, autor wyciąga następujące wnioski: Zachowanie się krwi w sercu zależy od szybkości wystąpienia śmierci, zależy też od przyczyny śmierci. Stan skurczu serca osób zmarłych nagle nie zależy od szybkości, z jaką wystąpiła śmierć, ma jednak związek z przyczyną śmierci. Najczęstszą przyczyną nagłej, naturalnej śmierci jest serce. Aortitis luetica obok myofibrosis ma ważne znaczenie. Bardzo wiele t. zw. przyczyn śmierci nie stanowi ostatecznej przyczyny, lecz główne schorzenie, którego dekompensację sprowadza jakieś zadziałanie z zewnątrz lub wewnątrz. Choroby uboczne jak zrosty opłucnowe, zapalenie oskrzeli, kamienie żółciowe, mięsaki macicy mogą być ostateczną przyczyną śmierci przy jakimś istniejącem głównem schorzeniu. Co do stanów fizjologicznych, to status digestionis, menstruationis, graviditatis mają znaczenie dla śmierci nagłej, status zaś thymolymphaticus niema związku z nagłą śmiercią. Stosunkowo więcej mężczyzn niż kobiet umiera nagle z przyczyn naturalnych. Najwięcej śmierci tego rodzaju przypada na wiek średni. Przyczyna śmierci jest więc w związku z płcią, wiekiem osobnika, istnieje też związek między śmiercią z przyczyn naturalnych a wagą ciała, porą roku. Miejsce, w którem znaleziono zwłoki osoby, zmarłej nagle, pozostaje często w związku z przyczyną śmierci i płcią osobnika. Wyniki zestawień sekcyj sadowych, gdzie zachodziło podejrzenie śmierci gwałtownej, sekcja zaś wykazała śmierć z przyczyn naturalnych, zgadzają się naogół z wynikami sekcyj policyjno-sanitarnych śmierci nagłych z przyczyn naturalnych.

Krüger: *Stanowisko lekarza sądowego co do status thymolymphaticus.* Autorka nie przeczy istnieniu *status thymolymphaticus,* ale uważa go i na podstawie własnego materjału sekcyjnego i na podstawie piśmiennictwa za normalny stan zdrowego, młodego, dobrze odżywionego osobnika. Wobec tego, iż w 40% stanu grasiczno-limfatycznego stwierdziła autorka status digestionis, zwraca ona uwagę na ewentualny związek między temi stanami, tembardziej, że w tych przypadkach stwierdziła w interstitium grasicy nagromadzenie mas wydzielniczych i zwiększenie ilości komórek kwasochłonnych. Dla lekarza sądowego stan grasiczno-limfatyczny ma ważne znaczenie, ponieważ stwierdza się go przy śmierciach nagłych, samobójstwach itd. Stan ten może tylko wyjątkowo być uważany za przyczynę śmierci, jak np. u dzieci, u których może wystąpić mechaniczne zaciśnięcie tchawicy przez grasicę.

Lochte: *O pamięci ze stanowiska sądowo-lekarskiego.* Pamięć, jak wiadomo, zależy od siły i długości trwania wrażenia ewentualnie od jego powtarzania. Zależy też od podłoża indywidualnego zawodu, ogólnego wykształcenia, zainteresowania się pewnym przedmiotem, od stopnia uwagi obserwatora, od nastroju wrażeń (silniejsze wrażenie pozostawia nastrój pogodny i wesoły) od wieku i płci obserwatora. Neurastenicy z powodu niemożności skupienia uwagi łatwo zapominają. Histerycy pamiętają dobrze o ile nie wchodzi w grę ich własna osoba, także łatwo podlegają autosuggestji, wskutek czego mogą u nich powstać częściowe ubytki pamięci. U epileptyków z ubytkami inteligencji zanika zdolność spostrzegania, szybciej niż zdolność zapamiętywania. Już pod wpływem jednorazowego użycia alkoholu a zwłaszcza u chronicznych alkoholików dadzą się wykazać ubytki w pamięci, które mogą częściowo ustąpić przy abstynencji. W ograniczeniu umysłu (debilitas) pamięć jest gorsza i to zarówno co do spostrzegania jak i zatrzymywania wrażeń. W otępieniu wczesnem wskutek zaburzeń w spostrzeganiu gorsze jest zapamiętywanie, choć czasami może być u nich pamięć zupełnie nie upośledzona. Przy uszkodzeniach mózgu mogą być wszelkiego rodzaju zaburzenia pamięci. Co do amnezji, to występuje ona w różnych stanach a więc np. po zamroczeniach wskutek afektu, histerji, po atakach epileptycznych, po wstrząśnieniu mózgu, po zadzierżgnięciu, po otruciach np. alkoholem, po chorobach zakaźnych, choć w niektórych z tych stanów może być brak amnezji, lub amnezja częściowa. Dla lekarza sądowego mają te rozważania co do pamięci ważne znaczenie. Jeśli osobnik podaje, że sobie zajścia nie przypomina, a twierdzi, że jest zdrów nerwowo, to znawca musi ustalić, czy zajście było tego rodzaju, że się musiało wbić w pamięć i czy z jakichś powodów nie mogło pójść w niepamięć. Jeśli wykluczymy powody niepamięci, to w takim razie nie należy wierzyć, iż dana osoba zajścia nie pamięta. Jeśli osoba twierdzi, że jest chora nerwowo, to należy ją zbadać w kierunku wspomnianych schorzeń, zbadać jej zdolność pojmowania, uwagę, zdolność spostrzegania, pamięć, zdolność uczenia się, znużenie, — oraz czy ten stopień zapominania zdarza się też w jej prywatnem życiu. Następnie musi znawca zbadać zajście, w jakim stopniu mogło wbić się w pamięć. Jeśli chodzi o ograniczoną amnezję, to lekarz powinien stwierdzić, czy w poprzednim życiu nie zdarzały się u badanego stany zamroczenia. Niepamięć wsteczna obejmująca pewien czas przed zajściem, zasługuje tylko wtedy na wiarę, gdy była przyczyna, która ją mogła spowodować. Amnesia anterograda niema znaczenia sądowo-lekarskiego.

Rothfuchs: *Rany postrzałowe i kłute serca.* Według statystyki Zakładu Anatomji w Hamburgu na 14.266 sekcyj, wykonanych w ostatnich 23 latach, w 40 przypadkach zranienie serca było przyczyną śmierci. W 9 przypadkach zranienia te były leczone na oddziele szpitalnym, w 8 zaś przypadkach poddano je operacji. Rany serca, jak wykazują statystyki śmiertelności, — powinne być o ile możności leczone operacyjnie, szczególnie zaś rany serca z utkwieniem pocisku. Wogóle należy przy podejrzeniu na uszkodzenie serca jaknajszybciej operować, gdyż szybka operacja może uratować życie zranionym w 50% przypadków, licząc, że 30% wszystkich obrażeń serca odrazu kończy się śmiercią. Do objawów uszkodzenia serca należą: kłucie w okolicy serca, przy oddechaniu i bez oddechania, szczególnie zaś przy chodzeniu, — częste mdlenia, sinica, czasem brak tętna w lewej tętnicy sprychowej. Dla prognozy ważny jest stan serca w chwili obrażenia oraz umiejscowienie rany. Rany podczas rozkurczu serca są bardzo niebezpieczne, podobnie rany w okolicy rowka podłużnego przedniego, i rowka wieńcowego. Co do metody operacji, to autor

zawsze najpierw resekuje 5-tą chrząstkę żebrową i odsuwa worek opłucnowy, wyjątkowo tylko w nagłych przypadkach decyduje sie na przecięcie opłucnej. Po otwarciu worka osierdziowego wyszukuje ranę w sercu i tak długo trzyma ją zatkaną palcem, aż oczyści worek osierdziowy z krwi, — następnie zakłada szew na serce. Podczas zeszywania serca w jednym przypadku serce przestało bić, ale udało się napowrót je ożywić przez wstrzyknięcie adrenaliny. Drenu zakładać do worka osierdziowego autor nie radzi.

Schmeisser: *Przyczynek do celowości wykonywania ekshumacyj z szczególnem uwzględnieniem badania histologicznego zwłok ekshumowanych.* Autor opisuje 9 przypadków ekshumacyj, w których przeważnie udało się wykazać przyczynę śmierci. I tak wykazano w 2 przypadkach uraz narzędziem tępem w głowę jako przyczynę śmierci, i to raz po 1/2 roku, drugi raz po 14 dniach. Pęknięcie trąbki przy ciąży pozamacicznej udało się stwierdzić po 8 miesiącach. W dwu przypadkach podejrzanych na spędzenie płodu stwierdzono w jednym po 3 tygodniach zakażenie krwi jako przyczynę śmierci, jednak punktu jego wyjścia nie udało się ustalić; w drugim zaś, w 18 dni po śmierci wykazano jako przyczynę śmierci ropne zapalenie otrzewnej po poronieniu. W jednym przypadku, w miesiąc po śmierci, na zwłokach, które leżały w wodzie a następnie zostały pochowane, nie udało się, z powodu bardzo znacznej zgnilizny, stwierdzić przyczyny śmierci. Na zwłokach, które leżały przez 4 tygodnie na powietrzu, dało się stwierdzić ranę kłutą szyi jako punkt wyjścia skrwawienia i przyczyny śmierci. W dwóch przypadkach wykonał autor badanie histologiczne, przyczem okazało się, że nawet po dłuższym czasie można było otrzymać wartościowe wyniki. Autor podnosi stosunkowo dobre barwienie się jąder w mózgu, mimo pozornej jego znacznej zgnilizny, także dobre utrzymanie gruczołu krokowego i jąder, mimo znacznej zgnilizny innych narządów. Szybko po śmierci rozpada się nabłonek płuc, tak, że płuca można poznać tylko po chrząstkach, tkance łącznej i t. d. Także wątroba, śledziona, nerki i serce tracą wnet swoją budowę histologiczną.

Vogel: *Badania nad krzepnieniem krwi i ich znaczenie dla medycyny sądowej.* Autor podaje teorje krzepnienia: fermentacyjne i fizykalno-chemiczne. Na podstawie własnych doświadczeń nad wynikami wycięć śledziony przy chorobach krwi autor twierdzi, że płytki krwi nie są koniecznie potrzebne do krzepnięcia, również przeczy roli płytek krwi przy kurczeniu skrzepu i wyciskaniu surowicy. Wobec możliwości tworzenia się skrzepów krwi po śmierci, radzi autor badać niepewne podbiegnięcia krwawe pod mikroskopem; nacieczenia tkanek krwią dowodzą, iż wylew krwi powstał za życia, choć i wtedy nawet mogą być wątpliwości, gdy uraz zadziałał wkrótce po śmierci nagłej na osobnika z płynną krwią. Co do zachowania się krwi przy śmierciach nagłych, to autor przeważnie spotykał ją płynną w naczyniach i sercu; krew taka miała zdolności krzepnienia w próbówce, ale tylko wkrótce po śmierci, — po 24 godzinach tę zdoloność traciła. Badając in vitro przekonał się, że do krzepnienia krwi nie potrzeba znacznego stopnia dyssocjacji wapnia, zawartego w krwi, działa tu raczej wapń, złączony z jakimś kompleksem białkowym. Autor badał też doświadczalnie, z wynikiem ujemnym, czy zaburzenie w krzepnieniu krwi przy śmierciach nagłych nie należy do zmiany w koncentracji jonów wodorowych i od braku fermentów, powodujących krzepnienie. Chcąc się przekonać, czy brak krzepnienia krwi nie zależy od zmian w fibrynogenie autor badał fibrynogen w osoczu krwi, pobranej z zwłok. Nie mogąc badać refraktometrem, strącał go przez wysalanie solą kuchenną, następnie centryfugował. Otóż przekonał się, że po śmierci nagłej nie można prawie zupełnie strącić przez wysalanie fibrynogenu, następuje więc jego zniszczenie, które jest następstwem jakiegoś procesu, który występuje wkrótce po śmierci. Po dłuższym jednak czasie po śmierci znowu ma występować, choć słabo, — zdolność wysalania fibrynogenu z osocza. Przy otruciu tlenkiem węgla zauważył autor przy centryfugach w tych samych warunkach znaczne zwiększenie elementów morfotycznych krwi.

*Dr. Szulisławska* (Lwów).

---

## RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

### Lubelskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie z dnia 4. II. 1928 r.

1. Kol. W. Drożdż przedstawia *2 przypadki stanów poencefalitycznych:* 1) Chora l. 28 u której występuje napadowy skurcz powiek, tak silny, że chora musi palcami rozwierać powieki. Przebywa ona na oddziale chor. umysłowych ponieważ miewa impulsy: zrywa się i rzuca na inne chore, dusząc je, lub całując. Pozatem stan jej przedstawia typowy obraz parkinsonizmu. 2) Chory l. 18 z moczówką prostą; oddaje w ciągu doby kilkanaście litrów moczu o niskim ciężarze gatunkowym, bez cukru. Leczony dożylnemi injekcjami natr. salicyl.

2. Kol. K. Jaczewski przedstawia: *1) przypadek Kerion Celsi,* leczony dożylnemi wstrzykiwaniami rozcieńczonego płynu Lugola. W chwili przybycia do szpitala chory skarżył się na szczękościsk, unieruchomienie szyi i ogólne niedomaganie. T. była 38°. Na brodzie, podbródku i przedniobocznych częściach szyi znajdują się b. liczne, częściowo zlewające się grudki, krostki i guzki około - mieszkowe. W torebce wyjętego włosa wykryto grzyb w postaci nitek i zarodników. Po trzech injekcjach płynu Lugola ruchy szyi znacznie się zwiększyły, chory przestał gorączkować. Miejscowo zastosowano okłady z 40% alkoholu. 2) Chorego l. 52 *z epithelioma spinocellul twarzy.* Ponieważ sprawa nie nadaje się wskutek swej rozległości do leczenia chirurgicznego, rozpoczęto próbne leczenie przyżeganiami śniegiem $CO_2$.

3. Kol. M. Szafnicki przedstawia chorą 3-letnią, która upadła na wrzeciono — okazało się, że miała w oczodole odłamek wrzeciona długości 4 cm, który usunięto przez incyzję powieki górnej — gałka oczna pozostała nietknięta. Ponadto opisuje Kol. S. przypadek przecięcia powieki górnej w całej jej rozciągłości, bez uszkodzenia gałki ocznej. Następnie Kol. Szafnicki wygłasza odczyt: *„O jaskrze prostej i skutecznem jej zwalczaniu“.* Prelegent omawia istotę jaskry ostrej i prostej wskazując na niesłuszność nazwy tego cierpienia, które powinno się nazywać stwardnieniem twardówki, dalej omawia stosowane dotychczas zabiegi operacyjne, a więc: wycięcie tęczówki przez Gałęzowskiego, sclerotomia cruciata post. Wicherkiewicza, sclerotomia c. iridectomia Lagrange'a i trepanatio sclerae Elliot'a. Krytykując metody te, jużto jako bezskuteczne, już to jako niebezpieczne, referent oddaje pierwszeństwo oper. Lagrange'a, uważając, że nigdy nie można pozostawić chorego bez zastosowania tej operacji, lecząc go jedynie pilokarpiną lub ezeryną. Chociaż zabieg nie zawsze pomaga, zaszkodzić nie może, a okuliście daje spokój sumienia, że wyczerpał cały zapas swej umiejętności. Kol. przedstawia chorą po operacji Lagrange'a, wykonanej obustronnie.

Po referacie wywiązała się dyskusja, w której omawiano dotychczasowe poglądy na patogenezę jaskry, oraz znaczenie poszczególnych metod operacyjnych.

Posiedzenie z dnia 18. II. 1928 r.

1. Kol. Oborska przedstawia chorego, u którego w parę dni po przebytej anginie z wysoką gorączką, wystąpił naciek zapalny na rogówce oka, poprzednio zupełnie zdrowego. Przypadek zasługuje na uwagę z powodu niezwykłej lokalizacji objawów zakażenia, które uważać należy za następstwo przebytej anginy.

2. Kol. Skibiński przedstawia chorego, który przybył do szpitala z głęboką raną kłutą oka. Treść gałki nie wypłynęła, zakażenie nie nastąpiło i gałka oczna ocalała — wytworzył się tylko zrost powieki dolnej z raną gałki, powodujący przeciągnięcie źrenicy ku dołowi, oraz surowicze zapalenie tęczówki, prawdopodobnie na tle podrażnienia mechanicznego.

3. Kol. Drożdż przedstawia chorego z *oedema durum traumaticum ręki.* Niedowład ręki, oraz obrzęk twardy, obejmujący głównie grzbiet ręki, a w mniejszym stopniu dłoń, wystąpił po przebyciu jakiejś sprawy ropnej na ręce przed 6 mies. W skórze dłoni znajduje się mała blizna po nacięciu. Można również zauważyć zaburzenia czucia w obrębie ręki i nieznaczną sinicę. W narządach wewnętrznych nie stwierdzono zmian; odruchy żywe, odczyn Wassermanna ujemny.

4. Kol. Morozowa opisuje przypadek sekcyjny białaczki limfatycznej oraz przedstawia preparaty sekcyjne: wątrobę wagi 3395 g i śledziony wagi 1155 g. O ile można wnosić jedynie z obrazu sekcji — wobec braku danych klinicznych — przebieg choroby mógł być ostry lub podostry: przemawia zatem zupełny brak wyniszczenia, wybitne objawy skazy krwotocznej, stosunkowo niezbyt znaczne powiększenie śledziony i wątroby, które w przypadkach przewlekłych osiągają zazwyczaj większą wagę oraz nieznaczne powiększenie gruczołów chłonnych.

5. Kol. Wośkowski przedstawia preparaty operacyjne: 1) *ciąży jajowodowej z zachowanem jajem płodowem,* oraz 2) *płód z 4-mies. ciąży pozamacicznej.* Ten ostatni przypadek jest o tyle niezwykły, że pomimo ogromnego krwotoku zakończył się wyzdrowieniem pacjentki. Przy laparotomji okazało się, że w jamie brzusznej było około 4 l. krwi — płód leżał w jamie otrzewnowej.

6. Kol. Jaczewski wygłasza odczyt p. t.: *„Cytologja płynu mózgo-rdzeniowego u kiłowych i jej znaczenie rozpoznawcze"*. Podkreślając niedostateczność stosowanych dotąd metod badania cytologicznego płynu m. rdz. prelegent omawia szczegółowo metodę t. zw. witalnego barwienia, opracowaną w szczegółach przez Ravaut i Boulin'a. Metoda ta pozwala wyróżnić dwa stopnie reakcji morfologicznej: pierwszy charakteryzujący się obecnością limfocytów, leukocytów jednojądrzastych średniej wielkości, oraz leukocytów wielojądrzastych, świadczy o sprawie zapalnej przebiegającej powierzchownie, a więc o zajęciu opon przez sprawę chorobową. W typie drugim poza wyżej wymienionemi elementami pojawiają się komórki plazmatyczne wielkie jednojądrzaste. Ten drugi typ obrazu cytologicznego wskazuje na stan zapalny miąższu układu nerwowego, dosięga zaś maximum w bezwładzie postępującym, gdy schorzenie obejmuje dużą powierzchnię kory mózgowej. Stosowanie tej metody ważnem jest nietylko dla rozpoznania rodzaju cierpienia, ale też i dla rokowania, gdyż o ile pierwsza kategorja zmian należy do względnie uleczalnych, o tyle druga opiera się często najbardziej energicznemu i długotrwałemu leczeniu.

Sekretarz: *Dr. Morozowa.*

---

## LISTY DO REDAKCJI.

Szanowny Panie Redaktorze!

Mam zaszczyt uprzejmie prosić o łaskawe umieszczenie w najbliższym numerze „Polskiej Gazety Lekarskiej" mego oświadczenia:

„Podaję do wiadomości, że dnia 4 marca b. r. przestałem być członkiem Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Wydawniczego i z tego powodu nie ponoszę ani moralnej ani materjalnej odpowiedzialności za jego działalność, jak również i za działalność drukarni, która stała się prywatną własnością Dr. R. Wierzbickiego".

Zechce Pan Redaktor przyjąć wyrazy szacunku i poważania

*Dr. Jerzy Bujalski.*

Warszawa, 21 marca 1928.

---

Warszawa, dnia 2 kwietnia 1928.

Wielce Szanowny Panie Redaktorze!

Dziękując serdecznie za przesłanie odbitki Listu do Redakcji, przesłanego przez Pana Dra Jerzego Bujalskiego, uprzejmie prosimy o wydrukowanie następującej notatki, pozostającej w związku z przesłanym do Redakcji listem.

Mamy zaszczyt powiadomić, że dnia 26 lutego b. r. na Walnem Zebraniu Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Wydawniczego zapadła jednogłośna uchwała odsprzedania drukarni Towarzystwa drowi R. Wierzbickiemu, wydawcy tyg. nauk. „Medycyna".

Wobec sprzedania udziałów Towarzystwa przez dra Jerzego Bujalskiego oświadczamy, że żadna odpowiedzialność moralna za dalszy rozwój Towarzystwa ani żadna odpowiedzialność materjalna za dalsze zobowiązania tak Towarzystwa jak i drukarni wobec braku wszelkich prawnych do tego podstaw, panu drowi Jerzemu Bujalskiemu nie zagraża.

Prosimy o przyjęcie wyrazów naszego poważania i szacunku

Za Polskie Lekarskie Towarzystwo Wydawnicze:

*Dr. K. Bagdach.* *Dr. R. Wierzbicki.*

---

## WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

*Z kraju.*

Izba lekarska lubelska donosi, że „Wydział Pośrednictwa Pracy przy Izbie Lekarskiej Lubelskiej udziela informacyj w sprawie wakujących stanowisk lekarskich i miejscowości w których pożądanem by było osiedlenie się lekarza na terenie Izby Lekarskiej Lubelskiej".

*Ze świata.*

Program II-go Zjazdu lekarzy słowiańskich w Pradze. Uroczyste otwarcie Zjazdu Lekarzy Słowiańskich odbędzie się 25 maja r. b. przed południem w sali uniwersytetu Karola. Po południu posiedzenie Związku Lekarzy Słowiańskich. 26 maja o godz. 11-tej przed południem uroczyste otwarcie VI-go Zjazdu lekarzy, przyrodników i inżynierów czechosłowackich. Po południu rozpoczyna się praca w sekcjach. Zjazd lekarzy słowiańskich łączy się w pracach w sekcjach z VI Zjazdem lekarzy, przyrodników i inżynierów czeskich. 27 maja praca w sekcjach. Wieczorem przyjęcie dla gości. 28 maja praca w sekcjach. Po południu plenarne posiedzenie. Wieczorem teatr dla gości. 29 maja zwiedzanie rozmaitych instytucyj miejscowych. 30, 31 i 1 czerwca wycieczki. Jest 24 sekcyj, z których pierwszych 8 są przyrodnicze i inżynieryjne, od IX do XX poświęcone są rozmaitym działom lekarskim: XXI sekcja — weterynaryjna, XXII kształcenie matematyczne i przyrodnicze; XXIII sekcja, wychowanie fizyczne; XXIV sekcja — prasa. Jako tematy są postawione: (na podstawie sprawozdań prasy czeskiej). Sekcja X — Arteriosclerosa, patologia wątroby, gruźlica, istota i znaczenie refleksów (odruchów). Sekcja XI: Colitis w wieku dziecięcym. Wrodzona kiła. Sekcja XII.: Leczenie kiły. Lupus erythematosus. Sekcja XIII.: Leczenie zniekształceń kończyn dolnych wrodzonych i nabytych metodami chirurgicznemi i ortopedycznemi. Sekcja XIII a: Leczenie chirurgiczne raka piersi; porównanie z innemi metodami leczniczemi. Leczenie zakażenia ran. Biochemja rany. Przygotowanie chorego do operacji. Sekcja XIII b: Leczenie raka macicy, jajników, jajowodów i narządów rodnych zewnętrznych. Sekcja XV.: Znaczenie kliniczne ucha środkowego. Rynologiczne metody usuwania narośli. Sekcja XVI.: Etjologja skaz zębnych. Sekcja XVIII.: Leczenie ran postrzałowych. Szczepienia ochronne. Sekcja XIX.: Teoretyczne podstawy klimatologji lekarskiej. Skóra jako pośrednik zabiegów hydroterapeutycznych. Sekcja XXIV.: Międzysłowiańskie archiwum lekarskie. Słowiański bibljograficzny instytut lekarski. Słowiańska bibljografja lekarska. Udział członkowski wynosi 100 koron czeskich za co się otrzyma pamiętnik Zjazdu. Uczestnictwo w Zjeździe — 50 koron czeskich. Rząd nasz daje ograniczoną liczbę paszportów ulgowych, od 80 do 100 paszportów. Osoby towarzyszące, nie lekarze, o tyle będą mogły korzystać z paszportów ulgowych, o ile liczba członków Związku Lekarzy Słowiańskich chcących jechać na Zjazd, będzie mniejsza, niż liczba paszportów ulgowych. Pierwszeństwo mają panie, które należały do Komitetu Pań zeszłego roku. Na jak długo będą wydane paszporty jeszcze nie wiemy. Nasze koleje dają zwykłą zniżkę 33%. Koleje czeskie dają również 33%. Według sprawozdań prasy lekarskiej czeskiej tramwaje i autobusy w Pradze, będą w czasie Zjazdu dla członków zjazdu gratisowe. Wystawy: W czasie Zjazdu będą urządzane przez niektóre sekcje specjalne wystawy: dentystyczna, medycyny wojskowej i t. p. Operacje: W czasie Zjazdu będą dokonywane operacje w klinikach uniwersyteckich, w szpitalu wojskowym i na Bukowce. Zwiedzanie: Szpitali, księgarni, drukarni i czytelni Jednoty czesł. mat., zwiedzanie fabryki w Kalinie, ewent. wyjazd do Pecek, do Budzejowic, do Michli (cukrownia), do instytutu radjologicznego w Podolu. Zwiedzanie zakładów szkolnych. Wycieczki: do Jachimowa (Joachimsthal), do Radotirskego udali, na Morawy i do Słowacji do groty Demarowskiej. Zgłoszenia Zarząd Główny w Warszawie (Niecała 7, Tow. Lekarskie) musi otrzymać przed 30 marca r. b., gdyż lista zgłoszeń do Pragi musi być wysłana przed 15 kwietnia r. b. Prosiliśmy o przedłużenie terminu, lecz jeszcze odpowiedzi nie mamy i musimy się stosować do terminu, który nam prezydjum z Pragi nadesłało, i o którem rozesłaliśmy zawiadomienie do Zarządu wszystkich przewidzianych statutem 5ciu Okręgów Związku Lekarzy Słowiańskich. Rozesłaliśmy również zawiadomienia do redakcji prasy lekarskiej i codziennej z prośbą o umieszczenie. O jakichś nowych okolicznościach, które mogą się nadarzyć, niezwłocznie zawiadomimy.

*Redakcja otrzymała.*

*Ascher Fr.:* „Chirurgie der Haut und des Unterhautzellgewebes' jako zeszyt 22, tom II, części I wydawnictwa „Die Chirurgie" wychodzącego pod redakcją prof. M. Kirschnera i O .Nordmanna, nakładem firmy Urban et Schwarzenberg Wien 1928.

*Rożkowski K.:* „Zagadnienie bólu w świetle współczesnych badań i poglądów". Odb. z Polskiego Archiwum medycyny wewnętrznej. Tom VI, zeszyt 1. r. 1928.

*Łukowski L.:* „Przyczynek do dziedziczności krwawiaczki". Odb. z Pamiętnika Wileńskiego Tow. lek., rok I, zeszyt 1, 1925.

*Łukowski L.:* „Tive generations of hemophilia". Odb. z „The Journal of heredity". D. C. Vol. XVIII, Nr. 5, may, 1927.